



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA • PORTO • VISEU

ESTUDO COMPARATIVO DA SAÚDE ORAL E QUALIDADE DE VIDA EM POPULAÇÕES ADULTAS COM E SEM DEFICIÊNCIA INTELLECTUAL

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção
do grau de mestre em Medicina Dentária

Por:
Inês Raquel Almeida Martins

Viseu, 2019



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA • PORTO • VISEU

ESTUDO COMPARATIVO DA SAÚDE ORAL E QUALIDADE DE VIDA EM POPULAÇÕES ADULTAS COM E SEM DEFICIÊNCIA INTELLECTUAL

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção
do grau de mestre em Medicina Dentária

Por:

Inês Raquel Almeida Martins

Orientador: Prof. Doutor Nélcio Veiga

Coorientador: Prof. Doutora Patrícia Couto

Viseu, 2019

“Porque eu amo infinitamente o finito,
Porque eu desejo impossivelmente o possível,
Porque quero tudo, ou um pouco mais, se puder ser
Ou até se não puder ser.”

Álvaro de Campos
Heterónimo de Fernando Pessoa

Resumo

Introdução: A saúde oral é elemento fundamental para o estado geral da saúde e bem-estar do ser humano. No entanto, os indivíduos portadores de deficiência intelectual, devido às suas limitações apresentam uma maior probabilidade em apresentar problemas orais.

Objetivos: O presente estudo visa comparar a saúde oral de uma população adulta com deficiência intelectual com uma sem deficiência intelectual e analisar de que forma a saúde oral afeta a qualidade de vida dos indivíduos.

Materiais e Métodos: Foi efetuado um estudo observacional descritivo transversal a uma amostra de 240 indivíduos com idades compreendidas entre os 18-61 anos, realizado através do questionário sociodemográfico e de saúde oral, inquérito OHIP-14 e exame clínico orientado pelo COHI, COCNI e COPI.

Resultados: No exame intraoral, foi possível verificar que mais de metade da população apresentava problemas orais com impacto severo na saúde e 85% elevada necessidade de educação e prevenção em saúde oral. Relativamente ao impacto da saúde oral na qualidade de vida, as dimensões com mais impacto são: “2.dor física” e “3.desconforto psicológico”. O uso de prótese, os problemas orais e a necessidade de cuidados também apresentam impacto na qualidade de vida. Os hábitos de higiene oral da população portadora de deficiência intelectual são muito inferiores aos verificados na população sem deficiência intelectual, apresentando consequentemente, os indivíduos portadores de deficiência intelectual uma pior saúde oral.

Conclusão: Tendo em conta a elevada prevalência de problemas a nível da cavidade oral observada no estudo, assim como o seu forte impacto na qualidade de vida, o incentivo à prática de uma correta higiene oral, assim como a consciencialização da importância da saúde oral tornam-se de extrema importância. Por outro lado, como na população portadora de deficiência os problemas de saúde oral apresentam uma maior prevalência, a formação específica dos profissionais de saúde para esta população, o desempenho correto do papel do cuidador e a implementação de programas públicos de saúde oral é essencial para melhorar significativamente os baixos níveis de saúde oral e qualidade de vida destes pacientes.

Palavras-chave: “saúde oral”, “qualidade de vida”, “deficiência intelectual”, “OHIP-14”

Abstract

Introduction: Oral health is a fundamental element for the general health and well-being of the human being. However, individuals with intellectual disabilities are more likely to present oral problems.

Objectives: This study aims to compare the oral health of an adult population with intellectual disability with one other with an intellectual disability, analyzing how oral health affects the quality of life of individuals.

Materials and methods: A cross-sectional descriptive observational study was carried out on a sample of 240 individuals aged between 18 and 61 years old, using the sociodemographic and oral health questionnaire, OHIP-14 survey, and a clinical examination guided by COHI, COCNI and COPI.

Results: In the intraoral examination, it was possible to notice that more than half of the population had oral problems with severe impact on health and 85% had high need for oral health education and prevention. Regarding the impact of oral health on quality of life, the dimensions with a greater impact are: "2. physical pain" and "3. psychological discomfort". The use of prostheses, oral problems and the need for caring may also have an impact on the quality of life. The oral hygiene habits of the population with intellectual disabilities are much lower than those observed in the population without intellectual disability, and consequently, the population with intellectual disabilities have a poor oral health.

Conclusion: Given the high prevalence of oral cavity problems observed in the study, as well as its strong impact on the quality of life, the incentive to practice a correct oral hygiene, as well as the awareness of the importance of oral health are of great importance. On the other hand, because the oral health problems are more prevalent in the population with disabilities, the specific training of health professionals for this population, the correct performance of the caregiver's role and the implementation of public oral health programs are essential for significantly improve the low levels of oral health and quality of life of these patients.

Keywords: "oral health", "quality of life", "intellectual disability", "OHIP-14"

Índice

Resumo	vii
Abstract.....	ix
Introdução	1
1.Saúde Oral	3
1.1 Saúde oral e qualidade de vida	3
1.2 Promoção da saúde oral.....	5
1.3 Cárie dentária e doença periodontal	8
1.4 Determinantes da saúde oral.....	11
2.Deficiência intelectual	14
Objetivos.....	19
Materiais e Métodos	23
1.Caraterização do estudo	25
2.Caraterização da amostra.....	25
3.Recolha de Dados	25
4.Variáveis em Estudo	26
5.Análise estatística	30
6.Procedimentos legais e éticos	31
Resultados.....	33
1.Análise descritiva do OHIP-14.....	35
2.Análise das variáveis do questionário sociodemográfico e de saúde oral.....	39
2.1 Caraterização sociodemográfica geral.....	39
2.2 Caraterização da saúde oral/hábitos de higiene	39
2.3 Caraterização da autoperceção da necessidade de tratamento e do estado dos dentes e gengivas	42
2.4 Caraterização dos hábitos alimentares/tabágicos/alcoólicos	43
3. Influência dos hábitos de higiene oral, alimentares, tabágicos e alcoólicos na qualidade de vida e na saúde oral	44
3.1 Frequência de escovagem.....	44
3.2 Métodos de higienização oral	46
3.3 Frequência de consultas dentárias	46
3.4. Motivo da consulta	48
3.5 Hábitos alimentares	51
3.6 Hábitos tabágicos e alcoólicos.....	52
4.Análise da condição oral (COHI), das necessidades de tratamento (COCNI) e das medidas de atuação preventiva/educativa necessárias (COPi).....	54

4.1 Clinical Oral Health Index – Avaliação da condição oral	54
4.2 Clinical Oral Care Needs Index – Avaliação das necessidades de tratamento.	55
4.3 Clinical Oral Prevention Index – Avaliação das medidas de atuação preventiva/educativa necessárias	55
5. Análise do impacto da saúde oral na qualidade de vida	56
Discussão	63
1. OHIP-14: Impacto da saúde oral na qualidade de vida	65
2. Hábitos de higiene/saúde oral	66
3. Estado de saúde oral: análise dos resultados do exame clínico	68
4. Qualidade de vida relacionada com a saúde oral e fatores associados	69
5. Limitações	70
Conclusão	73
Bibliografia	78
Anexos	90

Lista de gráficos

Gráfico 1: Relação entre o motivo da última visita ao médico dentista e o género.	41
Gráfico 2: Relação entre o motivo da última visita ao médico dentista e a idade.....	41
Gráfico 3: Relação entre as opções utilizadas para limpar os dentes e o género.	42
Gráfico 4: Relação entre a autoperceção da necessidade de tratamento médico-dentário e género.	43
Gráfico 5: Relação entre ser fumador e o género.	44
Gráfico 6: Relação entre o consumo de bebidas alcoólicas e o género.....	44
Gráfico 7: Relação entre o Clinical Oral Health Index e o tempo decorrido desde a última visita ao médico dentista.....	47
Gráfico 8: Relação entre o Clinical Oral Care Need Index e o tempo decorrido desde a última visita ao médico dentista.	47
Gráfico 9: Relação entre o Clinical Oral Prevention Index e o tempo decorrido desde a última visita ao médico dentista.	48
Gráfico 10: Relação entre o Clinical Oral Health Index e o motivo da última visita ao médico dentista.	49
Gráfico 11: Relação entre o Clinical Oral Care Needs Index e o motivo da última visita ao médico dentista.	50
Gráfico 12: Relação entre o Clinical Oral Prevention Index e o motivo da última visita ao médico dentista.	50
Gráfico 13: Relação entre o Clinical Oral Health Index e ser fumador.	53
Gráfico 14: Relação entre o Clinical Oral Care Needs Index e ser fumador.....	54
Gráfico 15: Relação entre o Clinical Oral Prevention Index e ser fumador.....	54
Gráfico 16: Relação entre o Clinical Oral Prevention Index e o género.	56
Gráfico 17: Relação entre o Clinical Oral Health Index e o uso de prótese dentária.....	58

Lista de quadros

Quadro 1: Estatísticas das dimensões do OHIP-14	35
Quadro 2: Frequências do OHIP-14 (impacto).....	35
Quadro 3: Frequências do OHIP-14.	36
Quadro 4: Estatísticas do OHIP-14 (média e desvio padrão).	37
Quadro 5: Frequências do OHIP-14 (impacto).....	38
Quadro 6: Caraterização sociodemográfica da amostra.	39
Quadro 7: Caraterização da saúde oral e hábitos de higiene da amostra.....	40
Quadro 8: Caraterização da auto-perceção da necessidade de tratamento e do estado dos dentes e gengivas da amostra.....	42
Quadro 9: Caraterização dos hábitos alimentares/tabágicos/alcoólicos da amostra.....	43
Quadro 10: Relação entre o Clinical Oral Health Index e a frequência com que realiza a higiene oral.	45
Quadro 11: Relação entre o Clinical Oral Care Needs Index e a frequência com que realiza a higiene oral.	45
Quadro 12: Relação entre o Clinical Oral Prevention Index e a frequência com que realiza a higiene oral.	46
Quadro 13: Estatística descritiva e testes de Kruskal-Wallis: Relações do OHIP-14 e a frequência com que consome determinados alimentos.	51
Quadro 14: Estatística descritiva e testes de Kruskal-Wallis: Relações entre o OHIP-14 e ser fumador.	52
Quadro 15: Frequências do Clinical Oral Health Index.	55
Quadro 16: Frequência do Clinical Oral Care Needs Index.....	55
Quadro 17: Frequência do Clinical Oral Prevention Index	55
Quadro 18: Estatística descritiva e testes de Kruskal-Wallis: Relações entre o OHIP-14 e o número de dentes naturais.....	57
Quadro 19: Estatística descritiva e testes de Mann-Whitney: Relações entre o OHIP-14 e o uso de prótese dentária	58
Quadro 20: Estatística descritiva e testes de Kruskal-Wallis. Relações entre o OHIP-14 e o Clinical Oral Health Index.....	59
Quadro 21: Estatística descritiva e testes de Kruskal-Wallis: Relações entre o OHIP-14 e o Clinical Oral Care Needs Index	60

Quadro 22: Estatística descritiva e testes de Mann-Whitney: Relações entre o OHIP-14 e o Clinical Oral Prevention Index.	61
---	----

Lista de Acrónimos

AAIDD	American Association on Intellectual and Developmental Disabilities
ADA	Associação Dentária Americana
APPACDM	Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidades, Incapacidade e Saúde
COCNI	Clinical Oral Care Needs Index
COHI	Clinical Oral Health Index
COPI	Clinical Oral Prevention Index
CPO	Cariados, Perdidos, Obturados
DGS	Direção Geral de Saúde
OHIP	Oral Health Impact Profile
OMS	Organização Mundial de Saúde
QdVRSO	Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana

Introdução

1.Saúde Oral

1.1 Saúde oral e qualidade de vida

A saúde é um dos fatores que mais influencia a qualidade de vida das pessoas e o desenvolvimento humano. Constitui um direito social, uma vez que, a todo e qualquer indivíduo deverá ser garantido o exercício e a prática do direito à saúde. Para isso, parte-se do uso de toda a riqueza, dos recursos tecnológicos e do conhecimento científico disponíveis nesse ramo, que se adaptem às necessidades do indivíduo e que incluam, de modo essencial, a promoção da saúde, a prevenção, a detecção e tratamento de patologias.(1)

Em 1946, a Organização Mundial de Saúde (OMS) apresentou o conceito de saúde como o “estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doença ou enfermidade”, o que envolve diversos fatores que se relacionam entre si e que irão desempenhar um papel fundamental na saúde do Homem.(1)

Deste modo, poderá mencionar-se a definição de literacia em saúde, que está relacionada com a obtenção, o processamento e a perceção de informação básica sobre saúde e meios disponíveis e essenciais para a tomada de decisões adequadas.(2) Significa isto, que um conhecimento escasso relativo à saúde poderá levar a comportamentos pouco saudáveis e preventivos, que irão resultar num estado de saúde geral pobre e com altas taxas de internamento hospitalar.(3–6)

A saúde oral é uma das variantes fundamentais da saúde geral de um indivíduo.(7) De acordo com a OMS, esta será a ausência de “dor crónica oro-facial, cancro oral ou orofaríngeo, úlceras orais, malformações congénitas, doença gengival, cáries e perdas de dentes e outras doenças e distúrbios que afetam o complexo craniofacial”.(8)

Muitos dos fatores de risco associados a doenças orais estão, também implicados em doenças do foro sistémico(9–12) (como é o caso da obesidade, da diabetes *mellitus* tipo 2, patologias cardiovasculares e hepáticas, doenças cancerígenas e colesterol), verificando-se igualmente o inverso (como por exemplo a diabetes *mellitus*, que aumenta a incidência de cáries dentárias e de doença periodontal)(13), pelo que a saúde oral deve ser promovida e incluída na abordagem multidisciplinar da saúde geral. Como resultado, quaisquer avanços nos programas de promoção de saúde oral são suscetíveis de beneficiar o desenvolvimento e promoção da saúde em geral. Assim, promover a saúde oral será também promover a saúde em geral.(12)

A saúde oral deverá ser sempre privilegiada, visto que uma má higiene oral poderá ter um impacto considerável na qualidade de vida de qualquer ser humano.(1) O conceito de qualidade de vida é extremamente amplo e abrange várias dimensões. Assim, pode ser definido, de acordo com a OMS, como um grau de conforto, em que um indivíduo tem a noção das suas possibilidades na vida (de acordo com o seu contexto cultural e conjunto de valores).(14) Dependerá de fatores económicos, sociais e políticos, assim como, de fatores internos relacionados com o indivíduo (comportamento, estilos de vida, comportamentos relativos à saúde, forma de ser e crenças) e do estado de saúde.(1)

Pode-se então entender que, se os fatores sociais (idade, género e estatuto socioeconómico) podem ter efeito sobre as taxas de morbilidade e mortalidade, o mesmo se poderá verificar com as doenças orais. Assim, estas poderão levar a um estado de morbilidade acentuada que trará ao indivíduo consequências a nível físico, social e psicológico que influenciarão o seu estado de saúde geral, o seu bem-estar e a sua qualidade de vida.(1) A saúde oral deixa assim, de apenas dar destaque à doença em si, passando a focar-se também no efeito que esta poderá vir a ter na qualidade de vida das pessoas.(15)

A qualidade de vida relacionada com a saúde oral (doravante mencionada através da sigla QdVRSO) é um fenómeno que surgiu recentemente(16) e que analisa o impacto que o estado da saúde oral de um indivíduo pode ter na sua saúde geral e na sua vida quotidiana.(17–20) Tem também diversas ligações cruciais com a prática clínica de medicina dentária e com trabalhos de investigação(21), tendo finalmente sido reconhecida pela OMS como um segmento importante do Programa Global de Saúde Oral no Relatório Mundial de Saúde Oral de 2003. Esta é então, o somatório de condições de saúde oral, fatores sociais, contexto e o restante corpo do indivíduo(15), representando o efeito que a saúde ou doença oral poderá vir a ter sobre a vida diária, o bem-estar, a interação social e a própria qualidade de vida desse mesmo indivíduo.(21,22)

A avaliação da QdVRSO centra-se na avaliação dos cuidados prestados ao paciente(21), analisando o seu ponto de vista em relação ao seu estado de saúde, o que se torna importante para o reconhecimento de necessidades, para o estabelecimento do tratamento a adotar, para a tomada de decisões clínicas importantes e para a avaliação dos resultados de intervenções, serviços e programas.(23–25) De facto, uma das tarefas mais importantes de um instrumento de QdVRSO será a de averiguar se o panorama do paciente se alterou (melhorou, permaneceu igual ou piorou) após uma intervenção de carácter terapêutico.(26–28) Deste modo, as pesquisas relacionadas com epidemias

analisam e listam características a nível individual e ambiental, que poderão vir a afetar a qualidade de vida relacionada com a saúde oral, auxiliando na promoção e realização de momentos de avaliação de necessidades, assim como, no planeamento de medidas e programas de saúde que se baseiem na população.(21,29)

No caso de se verificar que os cuidados de saúde oral não correspondem às necessidades demonstradas pelo indivíduo, poderá haver um efeito negativo na sua saúde geral e no seu bem-estar, o que irá afetar a sua qualidade de vida. Isto acontece, porque um estado de saúde oral debilitado pode causar problemas como dor, dificuldades em comer e em dormir, fraca autoestima, desconforto e uma dieta pouco satisfatória.(30–32) Condições orais como a cárie dentária ou doenças periodontais podem efetivamente influenciar dimensões da qualidade de vida como a mastigação, a deglutição, a fala e algum tipo de desconforto e dor aguda ou até crónica.(33,34) Psicologicamente, essas mesmas condições podem também exercer uma influência negativa sobre, por exemplo, a aparência, a autoestima, o estado de felicidade ou infelicidade e a ansiedade. Socialmente, podem afetar aspetos como a intimidade, a comunicação e a interação social.(15)

Em contraste, uma saúde oral que se adapte às necessidades de um indivíduo pode trazer resultados positivos, como uma melhor nutrição, confiança, autoestima e comunicação, o que originará também, obviamente, uma melhor qualidade de vida.(23) Várias pesquisas efetuadas ao longo do tempo permitiram por fim determinar que as consequências emocionais e psicossociais causadas por doenças orais são tão relevantes como as que são causadas por qualquer outro tipo de doença.(29,35,36)

1.2 Promoção da saúde oral

A alteração nos padrões das doenças a nível mundial está diretamente relacionada com as mudanças nos estilos de vida, o que inclui, entre outros fatores, dietas ricas em agentes cariogénicos e o crescente consumo de substâncias como o álcool e o tabaco.(12) Portanto, uma boa saúde oral dependerá da adoção de estilos de vida saudáveis.(37)

A vasta literatura sobre o tema inclui a sintomatologia dolorosa e as modificações a nível funcional dos constituintes da cavidade oral como as principais consequências das doenças orais no quotidiano das pessoas. É também sabido que, a maioria dos tratamentos orais são extremamente dispendiosos nos países desenvolvidos e praticamente inexistentes nos países não industrializados.(38) O recurso a serviços de saúde oral pode,

deste modo, ser afetado por fatores como idade, género, educação, renda, ocupação, estatuto socioeconómico, disponibilidade de serviços, localização geográfica, cultura, atitude relativamente à saúde, valores, estilos de vida, experiências passadas e presença ou ausência de sintomas.(39,40) De acordo com alguns estudos, apenas uma pequena percentagem dos pacientes se desloca ao dentista por razões preventivas, sendo por isso o uso de serviços odontológicos destinado a reverter os sintomas causados por patologias orais. A maioria das pessoas só usa os serviços de saúde já em situação de dor dentária e emergências odontológicas e, em menor quantidade, para tratamento dentário e controlos ou exames de rotina dentária.(41,42)

Para evitar doenças orais, é crucial haver uma intervenção que tenha como objetivo diminuir os fatores de risco da população. A intervenção será, então, toda e qualquer ação de saúde que, através da promoção, prevenção e reabilitação, vise principalmente melhorar a saúde da população.(38) Os programas para a promoção da saúde oral incluem cartazes, formação dos trabalhadores de saúde, e folhetos informativos.(12) Como já foi mencionado anteriormente, a saúde oral não consiste apenas em órgãos dentários saudáveis, sendo também imprescindível para o bem-estar e a saúde geral.(43) É através do complexo craniofacial que o Homem fala, sorri, chora, mastiga, engole, cheira, prova, toca, beija e se consegue defender de infeções e ameaças ambientais. As doenças do foro oral podem causar diversas restrições(38), pelo que a sua deteção precoce e a redução dos fatores de risco que exercem um efeito importante em muitas doenças crónicas são ações muito importantes.(43) É também através da observação da cavidade oral que se podem identificar sinais de deficiências nutricionais assim como doenças imunológicas e cancro oral, permitindo um grande conhecimento de órgãos e sistemas que dificilmente se conseguirá obter através de outras partes do corpo humano.(38) A doença oral pode ser evitada facilmente em todos os grupos etários adotando uma higiene oral diária, aderindo a uma dieta equilibrada e evitando fumar. A manutenção de uma boa higiene oral torna-se assim numa estratégia importante para a prevenção de muitas doenças crónicas.(43)

Um dos objetivos estabelecidos para o século XXI foi a promoção da saúde, que consiste em dotar o indivíduo de capacidades suficientes para amplificar o controlo que exerce sobre a sua saúde e, consequentemente, melhorá-la.(44) Baseia-se assim em conceber estratégias de saúde oral, criar ambientes que estimulem uma mudança de hábito por parte dos indivíduos e ações dentro da comunidade que visem o desenvolvimento das

capacidades das pessoas e dos profissionais no que respeita à manutenção da saúde oral.(1)

Pretende-se assim que a promoção da saúde constitua um incentivo à prática de condutas saudáveis. A promoção da saúde envolve o incentivo à prática de comportamentos saudáveis e o desincentivo à prática de comportamentos que possam prejudicar a saúde do indivíduo. Tendo em conta a visão da OMS, o objetivo será promover, a nível global, uma mentalidade que valoriza a saúde e que implica que o indivíduo saiba avaliar o seu estilo de vida e o seu estado de saúde, assumindo assim o controlo desses fatores.(44)

Os médicos dentistas são os principais responsáveis por ensinarem os pacientes a preservar a sua saúde oral. No entanto, esse objetivo não é fácil de alcançar uma vez que, os profissionais de saúde oral nem sempre conseguem que os seus pacientes se mantenham motivados a adotar comportamentos saudáveis de saúde oral. Isto dever-se-á a fatores externos que influenciam diretamente o comportamento dos indivíduos, tais como: a possibilidade (ou não) de efetuar uma alimentação saudável, a disponibilidade de pastas dentífricas fluoretadas no mercado, os padrões impostos pela sociedade, a educação para a saúde no lar (nomeadamente no que diz respeito a horários de trabalho, que poderão levar a maus hábitos alimentares e de higiene oral) e as condições socioculturais do indivíduo. Em suma, é necessário desenvolver um procedimento de formação que abranja não só o paciente em questão mas, também todo o contexto que o envolve, incluindo a sociedade.(45)

Promover a saúde oral não se limita apenas a dar instruções ao indivíduo, devendo também apelar à mudança de todo o seu ambiente físico e social. Não se deve confundir os conceitos de educação para a saúde oral e promoção da saúde oral, uma vez que estes são diferentes. A educação para a saúde oral consiste no processo através do qual é transmitida a informação aos indivíduos, consciencializando-os de forma a adotarem medidas que lhes permitam controlar a sua saúde. Esta é da responsabilidade do médico dentista, uma vez que é ele o profissional de saúde com mais competências na área. No entanto, outros profissionais (enfermeiros, médicos de família, farmacêuticos e professores) deverão possuir noções básicas para auxiliarem na educação para a saúde oral; a promoção da saúde oral baseia-se em simplificar as escolhas saudáveis, o que requer uma ação por parte dos governos de cada nação, nomeadamente no que poderá respeitar a uma rede de águas fluoretadas ou à implementação de refeições mais saudáveis em escolas, restaurantes e locais de trabalho.(45)

Com recurso ao Sistema Nacional de Saúde (SNS), têm-se desenvolvido variados projetos de promoção de saúde oral e de prevenção de doenças do foro oral, que têm vindo a beneficiar os indivíduos. Exemplo disso são os cheques dentista, providenciados pelos centros de saúde de cada município, que são personalizados e cobrem, num número e numa área cada vez maiores, as despesas de saúde oral de crianças e jovens estudantes até aos 16 anos, mulheres em período de gestação, indivíduos portadores do VIH, indivíduos idosos que beneficiem do complemento solidário e indivíduos com um risco elevado de desenvolver cancro oral. (43)

1.3 Cárie dentária e doença periodontal

A cárie dentária e a doença periodontal são as doenças mais recorrentes e com mais custos a nível global. A cárie dentária é considerada a doença oral mais comum e uma das principais causas de morbilidade dentária, sendo o principal motivo de odontalgia e de perda de dentes na população mundial.(46,47) É considerada pela OMS como um problema de saúde pública global, uma vez que se tornou na doença crónica mais recorrente em todo o mundo.(48)

Assim, esta é uma doença polimórfica(49), resultante da combinação coincidente de diversos fatores em determinadas condições e por um certo período de tempo e é influenciada por determinantes de cariz genético, cultural e social, o que poderá explicar o facto de ter diferentes prevalências e taxas de incidência a nível mundial.(38,46)

A cárie dentária é a doença oral com o maior número de casos na grande parte dos países industrializados, afetando mais de metade das crianças em idade escolar e uma grande percentagem de adultos. Numa grande parte dos países industrializados, o acesso a cuidados de saúde oral acaba por ser limitado e caro, preferindo os indivíduos não recorrer a tratamento ou acabando estes por optar pela extração dentária por motivos de dor ou desconforto, uma vez que a perda de dentes continua a ser vista como consequência natural e previsível do avançar da idade.(38)

A cárie dentária é uma doença infecciosa, pós-eruptiva, transmissível e irreversível dos tecidos calcificados dos dentes. Tem início quando existe uma interação oportuna entre diversos fatores perturbadores da cavidade oral, o que criará um cenário favorável à evolução da doença.(49) Caracteriza-se pela destruição progressiva e centrípeta dos tecidos mineralizados dos dentes.(46,49) Surge, normalmente, como uma lesão de

mancha branca de esmalte dentário, que é constituída por pequenas áreas de desmineralização que se encontram por baixo da placa bacteriana.(50,51)

A falta de tratamento resultará inevitavelmente no aumento do tamanho da lesão cariogénica, o que terá como consequência a formação de uma cavidade que irá causar a destruição parcial ou total da coroa(50–54) que, se avançar em direção à polpa, levará a um aumento progressivo da inflamação da mesma, juntamente com sensação de dor.(55)

Apesar de esta patologia não ter um grau de gravidade elevado no que diz respeito ao perigo de vida em concreto (exceto em casos em que ocorram complicações locais graves relacionadas com outros órgãos, como poderá acontecer no caso da ocorrência de um abscesso cerebral), esta tem um impacto negativo na saúde do indivíduo, uma vez que pode causar, entre outros, dor, transformação da estética facial, decréscimo da função mastigatória, perturbações do sono, alterações fonéticas e ainda complicações infecciosas a nível local ou geral. (52,55)

Este tipo de doença oral tem um grande impacto não só a nível médico mas, também no que diz respeito à componente económica, uma vez que o seu tratamento comporta custos elevados, e absentismo profissional e escolar.(56)

Apesar da sua incidência ser altamente influenciada por fatores etiológicos de ordem cultural, higiénica e socioeconómica, esta patologia não pode ser totalmente erradicada. No entanto, através de programas de prevenção bem estruturados e baseados em dados fidedignos e obtidos através de estudos epidemiológicos, é possível conseguir-se uma redução significativa da sua prevalência.(38) Em Portugal, tal começou a verificar-se após a introdução do Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral.

De facto, observa-se nos portugueses uma melhoria considerável no que diz respeito a comportamentos de saúde oral, sobretudo no que diz respeito ao aumento do número de visitas ao consultório do médico dentista para efetuar tratamentos de carácter preventivo. A utilização de pastas dentífricas com flúor e a maior frequência de escovagens dentárias diárias, também tem contribuído.(57) Em 2008, um estudo de âmbito nacional sobre a prevalência das doenças orais, efetuado numa parceria entre a DGS (Direção Geral de Saúde) e a OMS, revelou que até aos 6 anos de idade, 51% das crianças portuguesas se encontravam livres de cárie (quer em relação à dentição temporária quer em relação à permanente). Desses resultados, realçaram-se também os índices CPO de crianças com 6, 12 e 15 anos de idade (respetivamente, 0,07, 1,48 e 3,04), que, tendo em conta os valores do índice de CPO que foram definidos pela OMS, fizeram com que Portugal se situasse na lista de países com baixa prevalência de cárie.(57)

Através da implementação de várias formas de prevenção primária, como hábitos de higiene oral, emprego de fluoretos e selantes, dieta equilibrada e visitas regulares ao médico dentista, as cáries dentárias podem ser facilmente controladas.(43)

Já no que diz respeito ao periodonto, este é constituído pelos tecidos que revestem e sustentam as peças dentárias: gengiva, cemento radicular, ligamento periodontal e osso alveolar. Tem como funções a inclusão dos dentes no tecido ósseo dos maxilares e a manutenção da plenitude da superfície da mucosa mastigatória, de forma a que apenas se verifique mobilidade fisiológica. (58)

Caso se verifique um desequilíbrio neste sistema, este poderá entrar em situação de doença. Ao conjunto de condições inflamatórias crónicas de alguma secção do periodonto, com origem bacteriana, dá-se o nome de doença periodontal. Esta pode dividir-se em duas partes: gengivite e periodontite.(58)

Quando num momento inicial se observa um estado de inflamação da gengiva que ainda é reversível e que não implica a perda de suporte, o periodonto encontra-se num estado de gengivite. Nos casos de gengivite, sendo adotadas as medidas corretas de higiene oral, a patologia é facilmente sarada, uma vez que esta é o resultado da presença de placa bacteriana que se manteve junto à gengiva marginal. A periodontite constitui um estado mais avançado de inflamação, sendo uma doença infeto inflamatória que resulta numa migração gradual e apical do osso de suporte e do ligamento periodontal.(59) Da perspetiva clínica, a periodontite é observável através de uma perda da inserção, à qual se seguem a constituição de uma bolsa periodontal e algumas alterações nas dimensões verticais e horizontais do osso subjacente, podendo também verificar-se dor, mobilidade dentária e sangramento gengival.(60)

Para o desenvolvimento da doença periodontal, é necessária a presença e ação recíproca de diversos fatores, tais como fatores genéticos e ambientais, microrganismos de diversas espécies e resposta imunitária do hospedeiro. Em conjunto, todos estes fatores culminam na destruição de tecidos.(59,61) No caso de se verificar a negligência ou inexistência de uma boa higiene oral, o biofilme dentário começa a mineralizar e forma um cálculo dentário, que servirá de abrigo para um vasto grupo de bactérias patogénicas. Permanecendo estes cálculos dentários na boca e combinando-os com fatores de risco (como condições locais ou sistémicas que podem originar ou alterar o aparecimento da doença periodontal), surgem diferentes respostas a esta agressão bacteriana. Estas respostas estão sujeitas ao condicionamento por parte de fatores determinados pela dieta do indivíduo, pela predisposição genética e pelo estado de imunidade, por forças oclusais

excessivas, por hábitos de tabagismo, por doenças sistêmicas (como, por exemplo, a diabetes *miellitus*) e por distúrbios hematológicos, problemas de foro cardíaco ou infecções provocadas pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH).(62)

1.4 Determinantes da saúde oral

É fácil evitar alguns dos efeitos negativos da saúde oral.(43) De acordo com a literatura, o aspeto socioeconómico e sociodemográfico, a escovagem dentária e o uso de fio dentário, a exposição a fluoretos e a aplicação de selantes de fissuras, a dieta do indivíduo e a ida regular a consultas de medicina dentária podem trazer imensos benefícios para a saúde oral, tornando-se em conteúdo de crucial importância para a educação em saúde oral.(63)

A escovagem dentária constitui o melhor método mecânico de eliminação da placa bacteriana e de vestígios alimentares, sendo vista como um dos determinantes de saúde oral mais relevantes. É também o hábito de saúde oral mais apropriado e posto em prática.(64) A Associação Dentária Americana (ADA) aconselha uma escovagem dentária regular, de forma a atenuar os efeitos nocivos da placa bacteriana sobre a cavidade oral.(65)

De acordo com o que consta do Programa de Promoção de Saúde Oral nas Crianças e Adolescentes, a escovagem deve-se iniciar imediatamente após o nascimento, tendo em conta o material a utilizar e as quantidades de flúor aconselhadas para cada faixa etária. Esta deverá ser controlada pelos pais até a criança adquirir um total controlo sobre os seus movimentos e ações. Deverá ter uma duração de cerca de três minutos, embora este tempo possa ser variável de acordo com fatores como os vestígios alimentares presentes nas superfícies dentárias, a acumulação de placa bacteriana, a capacidade da saliva de eliminar restos alimentares e outros resíduos e as capacidades psicomotoras do indivíduo. A escovagem deve ser efetuada, no mínimo, duas vezes por dia, devendo uma delas ser obrigatoriamente à noite, antes de deitar. A escova de dentes deverá ser substituída de três em três meses, ou antes de se começar a deteriorar.(66)

Existem várias técnicas de escovagem dentária, cada uma delas requerendo um movimento diferente da escova com o objetivo de obter uma higiene oral eficaz. As técnicas de escovagem mais recomendadas atualmente são as de Bass e a de Fones.(66)

Além da escovagem dentária, é também de importância vital que o indivíduo proceda a uma correta higienização de toda a cavidade oral, devendo também efetuar-se

a escovagem da língua (um hábito que é muitas vezes ignorado). A acumulação de placa bacteriana na língua poderá levar muitas vezes ao aparecimento de língua saburrosa e consequentemente halitose. Recomenda-se assim uma higienização da porção média da língua com recurso a escova dentária ou raspador lingual.(66) Os espaços interdentários são zonas de difícil acesso com a escova, utilizando-se para os higienizar o fio dentário, que é considerado um complemento essencial de higiene oral. O seu uso diário é aconselhado de forma a prevenir o aparecimento de doenças periodontais e de cáries nas faces interproximais das peças dentárias.(67)

O risco de aumento de doenças de cariz oral está diretamente relacionado com um baixo estatuto socioeconómico e de escolaridade, bem como com fatores culturais que acabam por muitas vezes condicionar o acesso à informação e à saúde. Há muito, que é efetuada uma associação entre um estatuto económico baixo e más condições de saúde, sendo que a saúde será tanto melhor quanto o for a capacidade económica do indivíduo.(68)

Um estudo de Mashoto et al. permitiu comprovar que, na amostra analisada, a percentagem de adolescentes que nunca realizava a escovagem dos dentes correspondia à mesma que se inseria no estatuto socioeconómico mais baixo e cujos pais possuíam baixas habilitações literárias, habitando também em áreas rurais.(69)

Tem-se verificado com o tempo uma prevalência de problemas orais em várias comunidades, nomeadamente nas que são menos privilegiadas e que apresentam um pior estatuto socioeconómico, quer nos países desenvolvidos quer nos países em vias de desenvolvimento. Nos países mais desenvolvidos, a diminuição dos índices de cárie dentária poderá dever-se às intervenções conseguidas graças a programas de saúde oral, como se verifica em países como a Finlândia, a Suécia, a Austrália e a Nova Zelândia, que conseguiram implementar programas de prevenção orientados especificamente para o problema da cárie dentária.(70)

Por outro lado, como nos países em desenvolvimento existe uma carência de médicos dentistas e profissionais de saúde que possam prestar cuidados de saúde oral, os indivíduos não têm acesso a cuidados de saúde regulares, o que se traduz no desconhecimento da importância da prevenção das doenças orais. É de salientar que os cuidados de saúde são diferenciados não só entre países, como também dentro do próprio país.(70)

Atualmente, nos países industrializados tem-se verificado com uma maior incidência que os indivíduos têm vindo a introduzir cada vez mais na sua dieta alimentos

com um elevado teor de hidratos de carbono refinados, principalmente sacarose, que é considerada o dissacarídeo mais cariogénico. Isto constitui um importante fator de risco para o desenvolvimento de lesões cariosas e perda prematura das peças dentárias.(71)

Uma boa higiene alimentar passa pela privação do consumo de bebidas e alimentos dulcíficos, nomeadamente entre as refeições. A ingestão de frutas e vegetais é fundamental, visto que previnem o aparecimento do cancro na cavidade oral. (37)

Os hidratos de carbono fermentáveis são necessários para o aparecimento de cáries, no entanto, nenhum alimento por si só é capaz de causar uma lesão cariosa, necessitando-se da presença de outras variantes. A alimentação influencia o corpo humano quer de forma nutricional como dietética: a nível nutricional, os efeitos estão relacionados com o equilíbrio energético do organismo humano que, durante a odontogénese, podem provocar alterações nos dentes, assim como na qualidade e quantidade de saliva. Uma grande diversidade de alimentos influencia as preferências alimentares e a perceção do sabor; a nível dietético, existem influências diretas nos dentes, provocando uma reação com o esmalte e atuando como substrato para os microrganismos cariogénicos da flora oral.(71)

Assim, nos programas de saúde oral é essencial uma orientação alimentar, tendo em conta que os hábitos alimentares que se adquirem no início da vida são fundamentais para os hábitos alimentares no futuro.(71) Novais et al. examinaram o consumo de açúcar, tendo concluído que serão necessários aconselhamentos para uma redução do consumo de açúcares, nomeadamente a sacarose.(72)

O flúor na cavidade oral, em quantidades adequadas, é fundamental para uma boa saúde oral e colabora na prevenção de lesões cariosas.(56) As quantidades adequadas de flúor são obtidas através da realização de uma escovagem diária com dentífrico fluoretado e de bochechos frequentes com colutórios fluoretados. Os fluoretos possuem uma ação preventiva e terapêutica, uma vez que inibem a desmineralização e a ação da placa bacteriana e potenciam a remineralização.(64)

De entre os meios de prevenção destacam-se ainda os selantes. Estes depois da sua colocação de forma minuciosa devem ser sujeitos a controlos periódicos.(73,74)

Os selantes são resinas que são aplicadas em cicatrículas e fissuras dos dentes, constituindo uma forte união com a estrutura dentária de forma a criar uma barreira física entre o dente e o meio oral, prevenindo desta forma o aparecimento de cáries dentárias. Os selantes de fissuras devem então aderir à estrutura dentária, ser cariostáticos,

resistentes a fluídos, à abrasão e às forças de mastigação e compatíveis com os tecidos orais.(73)

Os sulcos e fissuras são regiões com elevada dificuldade de higienização e com uma maior retenção de placa bacteriana, sendo, conseqüentemente, altamente suscetíveis ao aparecimento e progresso de lesões cariogênicas. Atualmente, cerca de 80% das cáries dentárias localizam-se em sulcos e fissuras.(73) Diversos estudos mostram que a morfologia da superfície dentária está diretamente associada ao risco de desenvolvimento da cárie dentária. Para a aplicação de selantes, é assim necessário ter-se em conta a profundidade dos sulcos/fissuras e o risco de desenvolvimento de cárie dentária. A sua aplicação é recomendada após a erupção dentária, visto que estes serão tão mais eficazes quanto mais precoce for a sua colocação.(75)

Uma visita regular ao médico dentista é essencial, devendo esta realizar-se de seis em seis meses. Desta forma, os pacientes recebem orientações para a realização de uma correta higiene oral, recomendando-se determinadas medidas preventivas e sendo as doenças orais detetadas precocemente.(74)

A frequência de visitas ao médico dentista está relacionada com a auto-perceção de necessidades, o medo, o nível de escolaridade e o estatuto socioeconómico do paciente, assim como o custo dos tratamentos dentários e a ausência ou presença de dor dentária.(76)

A reduzida frequência de consultas médico-dentárias dificulta a prevenção de casos com presença de dor dentária, visto que não ocorre uma deteção e tratamento precoce das doenças orais.(56) Para aumentar a frequência de visitas ao médico dentista, existem assim os programas de promoção de saúde oral e a divulgação dos corretos comportamentos de saúde oral, que facilmente alertam os pacientes para a necessidade da visita ao médico dentista e os motivam a ir regularmente.(77)

O médico dentista tem um papel fundamental no ensino e motivação dos seus pacientes para a realização de uma higiene oral adequada, o que, de acordo com alguns estudos, nem sempre se verifica.(77)

2.Deficiência intelectual

A deficiência, segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), consiste numa interação entre problemas de saúde e agentes contextuais (pessoais e ambientais). Tendo em conta esta classificação, os problemas de

funcionalidade humana podem distribuir-se pelos seguintes parâmetros: alteração das estruturas e funções corporais, limitações nas atividades e restrições de participação. Posto isto, o termo deficiência refere-se às complicações observadas em uma ou mais áreas de funcionalidade. Segundo a OMS, cerca de 15% da população mundial possui algum tipo de deficiência.(15)

O conceito de deficiência intelectual mais usado na atualidade tem como base o sistema de classificação da AAIDD.(78) De acordo com a sua definição mais atual, a deficiência intelectual é caracterizada por limitações significativas, tanto no funcionamento intelectual (raciocínio, aprendizagem, resolução de problemas) como no comportamento adaptativo, abrangendo uma gama de habilidades sociais e práticas do quotidiano e surgindo antes dos 18 anos.(79)

O crescimento demográfico, o envelhecimento da população e a melhoria de métodos e modelos com maior precisão na deteção e diagnóstico são os principais responsáveis pelo aumento do número de pessoas portadoras de deficiência intelectual. A nível mundial, a deficiência intelectual verifica-se em cerca de 1% a 3% da população, o que equivale a aproximadamente 200 milhões de pessoas. De entre a população portadora de deficiência intelectual, cerca de 85% são afetados por deficiência intelectual leve. O género masculino tem uma maior propensão para este tipo de deficiência intelectual comparativamente com género feminino.(15) A presença de indivíduos com deficiência intelectual é consideravelmente maior em países de salários reduzidos.(80)

Em Portugal, há uma escassez de disponibilidade de informação relativamente aos indivíduos portadores de deficiência. A informação existente advém de levantamentos estatísticos, tais como, os Censos de 2011. Observou-se nestes que, “cerca de 18% da população com 5 ou mais anos de idade, declararam ter muita dificuldade ou não conseguirem realizar pelo menos uma das seis atividades diárias” (ver, ouvir, andar, memória/concentração, tomar banho, compreender). “Na população com 65 ou mais anos, este indicador ultrapassava os 50%”.(15)

Estando a esperança média de vida e o envelhecimento da população em constante aumento, é significativamente provável que se venha a observar um aumento considerável da prevalência de pessoas portadoras de deficiência tanto a nível nacional como internacional.(15)

Os indivíduos portadores de deficiência intelectual possuem danos cerebrais que resultam em défices comportamentais, tais como tempos de reação mais lentos, incapacidade de tomadas de decisões, dificuldades em completar tarefas por falta de

planeamento, agressividade aquando da recusa de pedidos, perda de memória e incumprimento das normas sociais. Estas alterações, conjuntamente com as dificuldades de compreensão, um léxico pobre, períodos de atenção encurtados, falta de coordenação e fraco desenvolvimento motor e da fala, contribuem para o aparecimento de dificuldades educativas em ambiente escolar e social.(79)

Estas características apontadas anteriormente, assim como uma respiração maioritariamente oral(81,82), o baixo estatuto socioeconómico, uma dieta cariogénica (81,83) e a elevada ingestão de medicamentos(30,81,84), contribuem para um aumento muito significativo do risco de doença oral, especialmente pela falta de tratamento dentário preventivo e pela incapacidade de escovar os dentes e de utilizar o fio dentário de forma adequada.(85) Isto deve-se à dificuldade de destreza manual necessária e à falta de consciência da importância da prática de higiene oral, sendo, por isso mesmo, essencial a supervisão da higiene oral por parte de cuidadores.(84–88)

A saúde oral da pessoa portadora de deficiência influencia o bem-estar geral e a sua qualidade de vida, apresentando uma forte relação com a sua saúde sistémica.(30) Existem relações complexas entre as doenças da cavidade oral e as doenças sistémicas prevalentes em indivíduos com deficiência intelectual: por exemplo, a periodontite tem sido associada a patologias cardiovasculares, cerebrovasculares, diabetes descontrolada e outras doenças de foro sistémico.(15)

De entre os principais problemas de saúde oral destes indivíduos, o que mais se destaca é a cárie dentária, seguindo-se uma fraca saúde periodontal, má oclusão, lesões traumáticas, bruxismo e mastigação deficiente.(79) Estas condições levam a um aumento da perda de estruturas dentárias, provocando um aumento das taxas de edentulismo, associadas a uma reduzida substituição protética e consequente inaptidão oral, o que se traduz em limitações nas atividades diárias.(15)

Apesar desta propensão para o desenvolvimento da doença oral, verifica-se que as pessoas com deficiência intelectual ainda experienciam desigualdade nos serviços de saúde(30), sendo mais suscetíveis a receber um atendimento odontológico de menor qualidade e a um menor número de visitas odontológicas comparativamente a indivíduos sem deficiência.(89) Para além disso, quando os pacientes têm acesso ao atendimento odontológico, as extrações são o tratamento realizado na maioria das consultas, provocando uma diminuição acentuada do número de dentes presentes na cavidade oral.(90)

Nestes indivíduos, recorre-se frequentemente à sedação ou anestesia geral para a realização dos tratamentos dentários.(90) Os tratamentos realizados com anestesia geral em pessoas portadoras de deficiência são geralmente menos conservadores, predominando a realização de extrações dentárias. As pressões de tempo, as dificuldades na realização dos tratamentos endodônticos e a colocação de coroas e pontes num paciente intubado numa só consulta são impraticáveis, pelo que o tratamento passa frequentemente pela realização de extrações, evitando-se deste modo complicações num futuro próximo.(15) Para além disso, a desinstitucionalização, a falta de prestadores de cuidados com formação adequada e o financiamento inadequado dos serviços odontológicos agravam ainda mais esta situação.(91) O facto destes sujeitos apresentarem frequentemente comportamentos associados a medo e ansiedade, face ao atendimento odontológico, quadros de polimedicação e mobilidade reduzida faz com que a prestação de cuidados de saúde a pessoas portadoras de deficiência intelectual se torne extremamente complexa.(30,79,92,93)

Consequentemente, uma dentição esteticamente não apelativa e funcionalmente inadequada poderá afetar a auto-estima, a confiança e o estado psicológico dos indivíduos portadores de deficiência intelectual.(83) Alves et al. observaram, através da análise do impacto de diversos determinantes (clínicos, demográficos, socio-económicos e psicossociais) na qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual, que os determinantes clínicos são os que terão uma maior influência sobre a qualidade de vida relacionada com a saúde oral desta população.(15)

Melhorar a saúde oral deste tipo de pacientes torna-se assim desafiante, sendo necessários protocolos de prevenção e tratamento para a melhoria dos resultados de saúde oral.(87) As técnicas usadas na prevenção de cáries dentárias nos pacientes com deficiência intelectual devem ser escolhidas de acordo com o grau da deficiência do indivíduo e o meio socioeconómico em que este se encontra inserido(94) Nos casos em que os cuidados de saúde oral não atendem as necessidades do indivíduo, verifica-se um impacto negativo na sua saúde geral e bem-estar, com uma consequente deterioração da sua qualidade de vida.(30)

A quantidade de estudos efetuados que comparam a saúde oral em utentes com deficiência intelectual com a de indivíduos sem deficiência intelectual, ainda são escassos em Portugal(30,95), sendo a realização deste tipo de estudos de extrema importância, de forma a evidenciar a necessidade de planos de intervenção especificamente concebidos para esta população de risco.

Objetivos

Este trabalho de investigação pretende analisar as diferenças na saúde oral e qualidade de vida entre populações com e sem deficiência intelectual.

Deste modo, propomo-nos a dar resposta aos seguintes objetivos específicos:

1. Avaliar a saúde oral e qualidade de vida numa população adulta sem deficiência intelectual.
2. Comparar os resultados de saúde oral e qualidade de vida obtidos na população em estudo com os obtidos num estudo prévio de uma população com deficiência intelectual leve.
3. Comparar os resultados obtidos através do exame clínico com a perceção da qualidade de vida obtida através da aplicação do questionário OHIP-14.

Materiais e Métodos

1.Caraterização do estudo

O estudo apresentado é do tipo observacional descritivo transversal, efetuado através de um questionário sociodemográfico e de saúde oral, de um inquérito OHIP-14 e de uma observação da cavidade oral a uma amostra de indivíduos adultos sem deficiência intelectual, na Clínica Dentária Universitária da Universidade Católica Portuguesa de Viseu. Posteriormente os resultados obtidos foram comparados com os já existentes de uma amostra de utentes com deficiência intelectual leve da Instituição APPACDM (Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental) do distrito de Viseu.

2.Caraterização da amostra

A população-alvo para a realização do estudo foram utentes entre os 18 e 61 anos sem qualquer tipo de deficiência intelectual, da Clínica Dentária Universitária da Universidade Católica Portuguesa de Viseu. Foram aplicados 240 questionários.

Foram excluídos do estudo os indivíduos que não autorizaram a sua participação através do consentimento informado prévio (Vide anexo 1).

3.Recolha de Dados

Para a realização do presente estudo foram recolhidos dados sobre a saúde oral e a qualidade de vida relacionada com a saúde oral. Nos indivíduos sem deficiência intelectual foram usados 3 instrumentos de recolha de dados: um questionário sociodemográfico e de saúde oral e o inquérito OHIP-14, autoaplicados e o exame clínico oral. O questionário sociodemográfico e de saúde oral (Vide anexo 2) apresenta 14 questões, recolhendo informações pertinentes para a caracterização da amostra, como idade, género, hábitos de higiene oral e historial clínico, entre outros.

Para analisar a qualidade de vida relacionada com a saúde oral, foi usado o inquérito OHIP-14 (Vide anexo 3) validado para a população portuguesa por Afonso et al. (2017), apresentando adequadas propriedades psicométricas e clinimétricas. O instrumento é constituído por 14 questões, de autopreenchimento, apresentando-se como um indicador

subjetivo que pretende fornecer uma medida de incapacidade, desconforto e desvantagem atribuída à condição oral. Apresenta 2 questões para cada uma das suas 7 dimensões: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e desvantagem.(96)

A saúde oral foi avaliada através de um exame clínico orientado por 3 índices: Clinical Oral Health Index (COHI), Clinical Oral Care Needs Index (COCNI) e Clinical Oral Prevention Index (COPI) (Vide anexo 4). O COHI avalia o estado de saúde oral, através de um algoritmo, assumindo o valor 0 se não apresentar problemas de saúde oral, 1 se existir um ou mais problemas com baixo ou moderado impacto na saúde, 2 se existir um ou mais problemas com impacto importante a severo na saúde ou indeterminado. O COCNI avalia a necessidade de tratamento, através de um algoritmo, assumindo o valor 3 em casos de necessidade urgente de cuidados ou examinação, valor 2 em casos em que exista necessidade de cuidados ou examinação, valor 1 em casos em que existe necessidade de examinação e 0 quando não existe necessidade de cuidados nem de examinação. O COPI avalia a necessidade de intervenção preventiva, através de um algoritmo, assumindo o valor 1 quando se verifica a necessidade de pelo menos uma ação preventiva ou educacional para a saúde oral e 0 se não existir qualquer necessidade de qualquer ação preventiva ou educacional para a saúde oral.(97) Para executar o exame clínico foram utilizados espelho, sonda exploradora e sonda periodontal (*WHO probe*) devidamente esterilizados bem como luvas e máscaras descartáveis.

Nos indivíduos com deficiência intelectual leve foram recolhidos dados sobre os mesmos itens, no entanto foi utilizado o inquérito OHIP-14-MID-PT uma vez que este se encontra adaptado para esta população em específico.(95)

Estes dados já foram previamente recolhidos, como parte integrante de uma tese de doutoramento, na qual se investigou a Saúde oral e qualidade de vida de indivíduos com deficiência intelectual leve, encontrando-se estes dados já publicados e tendo sido autorizada a sua utilização para o presente estudo.

4.Variáveis em Estudo

A nível sociodemográfico, os participantes do estudo foram questionados relativamente às seguintes variáveis:

Gênero – Feminino e Masculino.

Idade – Avaliada em anos (os inquiridos possuíam idades entre os 18 e os 61 anos).

Profissão – Foi solicitado aos participantes do estudo que facultassem em que estado profissional se encontravam, podendo responder em forma de resposta livre.

Em relação ao estilo de vida, os indivíduos foram questionados sobre os seus:

Hábitos Alcoólicos – Os inquiridos foram questionados acerca dos seus hábitos alcoólicos (consumidores ou não) e, no caso de serem, foi-lhes pedido que quantificassem os hábitos em forma de resposta de escolha simples.

Hábitos Tabágicos – Os participantes foram também questionados acerca da presença de hábitos tabágicos quer atualmente (opção de fumador ou não fumador) bem como a idade em que iniciou e o número de cigarros que fuma por dia, quer no passado (ex-fumador) e há quantos anos cessou o hábito.

A nível da cavidade oral, foram abordadas variáveis acerca de hábitos de higiene oral bem como a preocupação com a saúde oral:

Autoperceção da necessidade de algum tipo de tratamento dentário – Os indivíduos foram questionados se consideravam ter necessidade em realizar algum tipo de tratamento dentário, podendo selecionar a opção sim, não ou não sei.

Uso de prótese dentária – Os intervenientes do estudo foram abordados acerca do uso de prótese dentária, sendo possível responderem em formato de resposta simples se usavam ou não.

Autoperceção do estado dos dentes e gengivas – Os inquiridos foram também questionados acerca da forma como consideravam que se encontrava o estado dos seus dentes e gengivas, podendo selecionar a opção excelente, muito bom, bom, médio, fraco, muito fraco ou não sei.

Frequência de escovagem – Os participantes foram inquiridos acerca da frequência de escovagem tendo como opções diariamente, ocasionalmente ou nunca, completando ainda sob a forma de resposta livre o número de vezes que realizam a escovagem.

Utensílios de higiene oral – Os intervenientes do estudo foram abordados acerca dos utensílios que utilizavam para realizar a higiene oral, tendo como opções de resposta escova elétrica, escova manual, palitos, pasta dentífrica, fio dentário, escovilhão, elixir bucal, raspador lingual e no caso da utilização de um utensílio distinto dos mencionados, tinha-se a opção “outras” por forma a colocar em forma de resposta livre.

Frequência de visita ao médico dentista – Os indivíduos foram questionados se tinham realizado uma consulta no médico dentista nos últimos 6 meses, entre 6 a 12 meses, entre 1 a 2 anos, entre 2 a 5 anos, há mais de 5 anos ou nunca, podendo selecionar uma das opções. Sendo questionados também relativamente ao motivo da última visita ao médico dentista podendo selecionar a opção consulta de rotina/aconselhamento, dor ou problemas com os dentes ou gengivas, início de tratamento ou continuidade do tratamento planeado ou não sei/não me recordo.

A nível alimentar foi utilizada a seguinte variável:

Frequência da ingestão de determinados alimentos – Através da elaboração de uma questão de frequência alimentar com seleção da periodicidade de consumo dos seguintes alimentos: frutas frescas, biscoitos e bolos, geleias ou mel, pastilhas com açúcar, doces/guloseimas, refrigerantes, chá com açúcar e café com açúcar. São opções de resposta: várias vezes ao dia, todos os dias, várias vezes por semana, uma vez por semana, várias vezes por mês ou raramente/nunca.

A nível da relação da qualidade de vida com a saúde oral, os participantes no estudo foram inquiridos relativamente às seguintes dimensões:

Limitação funcional – Os intervenientes do estudo foram questionados relativamente à existência de problemas em pronunciar palavras, bem como à alteração do sabor dos alimentos devido a algum problema com os dentes/boca, podendo responder nunca (0), raramente (1), às vezes (2), repetidamente (3) ou sempre (4).

Dor física - Os intervenientes do estudo foram questionados relativamente à existência de dores nos dentes/boca, bem como à existência de desconforto ao comer

certos alimentos devido a algum problema com os dentes/boca, podendo responder nunca (0), raramente (1), às vezes (2), repetidamente (3) ou sempre (4).

Desconforto psicológico – Os intervenientes do estudo foram questionados relativamente à existência de preocupação e nervosismo devido a algum problema com os dentes/boca, podendo responder nunca (0), raramente (1), às vezes (2), repetidamente (3) ou sempre (4).

Incapacidade física – Os intervenientes do estudo foram questionados relativamente à existência de uma alimentação prejudicada, bem como à interrupção de refeições devido a algum problema com os dentes/boca, podendo responder nunca (0), raramente (1), às vezes (2), repetidamente (3) ou sempre (4).

Incapacidade psicológica – Os intervenientes do estudo foram questionados relativamente à existência de dificuldades em relaxar e de vergonha devido a algum problema com os dentes/boca, podendo responder nunca (0), raramente (1), às vezes (2), repetidamente (3) ou sempre (4).

Incapacidade social – Os intervenientes do estudo foram questionados relativamente à irritação para com as outras pessoas, bem como à existência de dificuldades em realizar as suas tarefas diárias devido a algum problema com os dentes/boca, podendo responder nunca (0), raramente (1), às vezes (2), repetidamente (3) ou sempre (4).

Desvantagem - Os intervenientes do estudo foram questionados relativamente ao estado da sua vida geral, bem como à completa incapacidade devido a algum problema com os dentes/boca, podendo responder nunca (0), raramente (1), às vezes (2), repetidamente (3) ou sempre (4).

Com o exame intra-oral, foram analisadas as seguintes variáveis, com o intuito de caraterizar o estado de saúde oral, as necessidades de tratamento e de intervenção preventiva:

Clinical Oral Health Index (COHI) – Através do exame intra-oral foi aferido o estado da saúde oral existindo as opções: ausência de problemas de saúde oral (0), um ou

mais problemas com baixo a moderado impacto na saúde (1), um ou mais problemas com impacto importante a severo na saúde (2) e nos casos de intervenientes desdentados totais (indeterminado).

Clinical Oral Care Needs Index (COCNI) – Através do exame intra-oral foi aferida a necessidade da realização de tratamento dentário existindo as opções: necessidade urgente de cuidados ou examinação (3), necessidade de cuidados ou examinação (2), necessidade de examinação (1) ou não existe necessidade de cuidados nem de examinação (0).

Clinical Oral Prevention Index (COPI) – Através do exame intra-oral foi aferida a necessidade de intervenção preventiva existindo as opções: necessidade de pelo menos uma ação preventiva ou educacional para a saúde oral (1) ou não existe qualquer necessidade de ação preventiva ou educacional de saúde oral (0).

5. Análise estatística

A informação obtida foi analisada estatisticamente pelo programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS versão 23®), tendo como objetivo a análise, interpretação e comparação dos dados recolhidos. Foram realizadas tanto análises estatísticas descritivas como inferenciais, adotando-se um nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

A apresentação dos resultados provenientes da análise descritiva foi feita com recurso a tabelas e / ou gráficos com respetivas frequências absolutas (n) e relativas (%). Para a realização da estatística inferencial utilizou-se no caso das variáveis categóricas, o teste do Qui-Quadrado. Já os testes não paramétricos de Kruskal-Wallis e de Mann-Whiney foram utilizados para o estudo da relação existente entre variáveis categóricas e escalares, nos casos em que as variáveis escalares são contínuas e apresentam uma distribuição assimétrica. A realização destes testes teve como propósito a análise das associações entre as variáveis em estudo.

6.Procedimentos legais e éticos

À priori da recolha de dados através do questionário sociodemográfico e de saúde oral, do inquérito OHIP-14 e exame clínico foi aplicado um consentimento informado.

No consentimento informado estão indicados os fins dos dados a serem recolhidos, informações sobre o tipo de estudo (voluntário, não acarreta quaisquer custos, existe a possibilidade de retirar o consentimento informado em qualquer etapa do estudo sem necessidade de facultar explicações aos seus responsáveis), e ainda esclarecimentos acerca do anonimato e confidencialidade (de acordo com a lei nº67/98 de 26 de Outubro - relativa à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento dos dados pessoais e à livre circulação desses dados).

Resultados

1. Análise descritiva do OHIP-14

Analisando os resultados do OHIP-14, a pontuação média total do OHIP-14 foi de $8,35 \pm 0,49$. As dimensões mais afetadas foram a “2.dor física” com 56,7% de prevalência e $2,57 \pm 1,85$ de severidade de impacto, seguida da “3.desconforto psicológico” e “5.incapacidade psicológica” com 48,3% / $2,23 \pm 2,44$ e 30,4% / $1,11 \pm 1,66$, respetivamente. As dimensões menos afetadas foram a “7. desvantagem” com 6,3% / $0,19 \pm 0,72$ e a “1. limitação funcional” com 13,3% / $0,51 \pm 1,15$, vide quadros 1 e 2.

Quadro 1: Estatísticas das dimensões do OHIP-14

	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Mínimo Possível	Máximo Possível
OHIP-14	240	8,35	0,49	0	43	0	56
1.Limitação funcional	240	0,51	1,15	0	6	0	8
2.Dor física	240	2,57	1,85	0	7	0	8
3.Desconforto psicológico	240	2,23	2,44	0	8	0	8
4.Incapacidade física	240	1,07	1,66	0	8	0	8
5.Incapacidade psicológica	240	1,11	1,66	0	6	0	8
6.Incapacidade social	240	0,67	1,40	0	7	0	8
7.Desvantagem	240	0,19	0,72	0	7	0	8

Quadro 2: Frequências do OHIP-14 (impacto).

	Sem impacto		Com impacto	
	N	%	N	%
1.Limitação funcional	208	86,7	32	13,3
2.Dor física	104	43,3	136	56,7
3.Desconforto psicológico	124	51,7	116	48,3
4.Incapacidade física	170	70,8	70	29,2
5.Incapacidade psicológica	167	69,6	73	30,4
6.Incapacidade social	198	82,5	42	17,5
7.Desvantagem	225	93,8	15	6,3

Os itens que apresentaram maior prevalência e severidade de impacto foram: a questão 5 – “Tem-se sentido pouco à vontade por causa dos problemas com os seus dentes/boca?” com 45,8% / $1,35 \pm 0,089$; a questão 4 – “Sentiu algum desconforto ao comer algum alimento devido a problemas com os seus dentes/boca?” com 45% / $1,25 \pm 0,079$; e a questão 3 – “Teve alguma dor na boca?” com 37,1% / $1,32 \pm 0,061$. Por outro lado, as questões que apresentaram menos prevalência e severidade de impacto foram: a questão 14 – “Tem-se sentido completamente incapacitado devido a problemas com os seus dentes/boca?” com 0,8% / $0,03 \pm 0,016$; a 13 – “Sentiu que a sua vida em geral tem corrido pior devido a problemas com os seus dentes/boca?” com 5,8% / $0,16 \pm 0,038$; e a

2 – “Notou mais dificuldade em sentir o sabor dos alimentos devido a problemas com os seus dentes/boca?” com 7,1% / $0,23 \pm 0,042$, vide quadros 3-5.

Quadro 3: Frequências do OHIP-14.

	0		1		2		3		4	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1.Teve algum problema em pronunciar algumas palavras devido a problemas com os seus dentes/boca?	204	85,0	14	5,8	13	5,4	8	3,3	1	0,4
2. Notou mais dificuldade em sentir o sabor dos alimentos devido a problemas com os seus dentes/boca?	209	87,1	14	5,8	12	5	4	1,7	1	0,4
3.Teve alguma dor na boca?	45	18,8	106	44,2	59	24,6	27	11,3	3	1,3
4.Sentiu algum desconforto ao comer algum alimento devido a problemas com os seus dentes/boca?	96	40	36	15	71	29,6	26	19,8	11	4,6
5.Tem-se sentido pouco à vontade por causa dos problemas com os seus dentes/boca?	100	41,7	30	12,5	60	25	25	10,4	25	10,4
6.Sentiu-se nervoso(a) devido a problemas com os seus dentes/boca?	149	62,1	23	9,6	35	14,6	16	6,7	17	7,1
7.Deixou de comer algum alimento devido a problemas com os seus dentes/boca?	153	63,8	20	8,3	46	19,2	16	6,7	5	2,1
8.Teve de interromper refeições devido a problemas com os seus dentes/boca?	199	82,9	12	5	24	10	4	1,7	1	0,4
9. Sentiu dificuldade em relaxar/descansar devido a problemas com os seus dentes/boca?	156	65	22	9,2	38	15,8	21	8,8	3	1,3
10.Tem-se sentido um pouco envergonhado(a) devido a problemas com os seus dentes/boca?	195	81,3	13	5,4	19	7,9	10	4,2	3	1,3
11.Tem sentido menos tolerante ou paciente com o(a) seu (sua) companheiro(a) ou família devido a problemas com os seus dentes/boca?	190	79,2	14	5,8	25	10,4	10	4,2	1	0,4
12.Teve dificuldade em realizar as suas atividades habituais por causa de problemas com os seus dentes/boca?	209	87,1	7	2,9	18	7,5	5	2,1	1	0,4
13.Sentiu que a sua vida em geral tem corrido pior devido a problemas com os dentes/boca?	220	91,7	6	2,5	10	4,2	3	1,3	1	0,4
14.Tem-se sentido completamente incapacitado devido a problemas com os seus dentes/boca?	236	98,3	2	0,8	1	0,4	1	0,4	0	0

Os valores indicados reportam-se à escala de medida:

0 – Nunca; 1 – Quase nunca; 2 – Às vezes; 3 – Muitas vezes; 4 – Quase sempre.

Quadro 4: Estatísticas do OHIP-14 (média e desvio padrão).

	N	Média	Desvio Padrão
1.Teve algum problema em pronunciar algumas palavras devido a problemas com os seus dentes/boca?	240	0,28	0,048
2. Notou mais dificuldade em sentir o sabor dos alimentos devido a problemas com os seus dentes/boca?	240	0,23	0,042
3.Teve alguma dor na boca?	240	1,32	0,061
4.Sentiu algum desconforto ao comer algum alimento devido a problemas com os seus dentes/boca?	240	1,25	0,079
5.Tem-se sentido pouco à vontade por causa dos problemas com os seus dentes/boca?	240	1,35	0,089
6.Sentiu-se nervoso(a) devido a problemas com os seus dentes/boca?	240	0,87	0,083
7.Deixou de comer algum alimento devido a problemas com os seus dentes/boca?	240	0,75	0,071
8.Teve de interromper refeições devido a problemas com os seus dentes/boca?	240	0,32	0,049
9. Sentiu dificuldade em relaxar/descansar devido a problemas com os seus dentes/boca?	240	0,72	0,071
10.Tem-se sentido um pouco envergonhado(a) devido a problemas com os seus dentes/boca?	240	0,39	0,058
11.Tem sentido menos tolerante ou paciente com o(a) seu (sua) companheiro(a) ou família devido a problemas com os seus dentes/boca?	240	0,41	0,056
12.Teve dificuldade em realizar as suas atividades habituais por causa de problemas com os seus dentes/boca?	240	0,26	0,046
13.Sentiu que a sua vida em geral tem corrido pior devido a problemas com os dentes/boca?	240	0,16	0,038
14.Tem-se sentido completamente incapacitado devido a problemas com os seus dentes/boca?	240	0,03	0,016

Os valores indicados reportam-se à escala de medida:

0 – Nunca; 1 – Quase nunca; 2 – Às vezes; 3 – Muitas vezes; 4 – Quase sempre

Quadro 5: Frequências do OHIP-14 (impacto)

	Sem impacto		Com impacto	
	N	%	N	%
1.Teve algum problema em pronunciar algumas palavras devido a problemas com os seus dentes/boca?	218	90,8	22	9,2
2. Notou mais dificuldade em sentir o sabor dos alimentos devido a problemas com os seus dentes/boca?	223	92,9	17	7,1
3.Teve alguma dor na boca?	151	62,9	89	37,1
4.Sentiu algum desconforto ao comer algum alimento devido a problemas com os seus dentes/boca?	132	55	108	45
5.Tem-se sentido pouco à vontade por causa dos problemas com os seus dentes/boca?	130	54,2	110	45,8
6.Sentiu-se nervoso(a) devido a problemas com os seus dentes/boca?	172	71,7	68	28,3
7.Deixou de comer algum alimento devido a problemas com os seus dentes/boca?	173	72,1	67	27,9
8.Teve de interromper refeições devido a problemas com os seus dentes/boca?	211	87,9	29	12,1
9. Sentiu dificuldade em relaxar/descansar devido a problemas com os seus dentes/boca?	178	74,2	62	25,8
10.Tem-se sentido um pouco envergonhado(a) devido a problemas com os seus dentes/boca?	208	86,7	32	13,3
11.Tem sentido menos tolerante ou paciente com o(a) seu (sua) companheiro(a) ou família devido a problemas com os seus dentes/boca?	204	85	36	15
12.Teve dificuldade em realizar as suas atividades habituais por causa de problemas com os seus dentes/boca?	216	90	24	10
13.Sentiu que a sua vida em geral tem corrido pior devido a problemas com os dentes/boca?	226	94,2	14	5,8
14.Tem-se sentido completamente incapacitado devido a problemas com os seus dentes/boca?	238	99,2	2	0,8

2. Análise das variáveis do questionário sociodemográfico e de saúde oral

2.1 Caraterização sociodemográfica geral

Dos 240 indivíduos participantes no estudo, 152 eram do género feminino e 88 do género masculino. A média das idades situou-se nos 35,96 anos, sendo o limite inferior 18 e o superior 61.

Quadro 6: Caraterização sociodemográfica da amostra.

		N	%
Género (n=240)	Feminino	152	63.3%
	Masculino	88	36.7%
Idade (n=240)	35.96 ± 12.12		

2.2 Caraterização da saúde oral/hábitos de higiene

Relativamente à condição oral, verificou-se que 10% dos indivíduos da amostra apresentavam menos de 20 dentes. Ainda assim, apenas 12,9% da totalidade dos indivíduos usava prótese dentária, sendo a sua utilização superior em indivíduos com idades mais avançadas ($X^2= 43,349$; $p=0,001$).

No que diz respeito aos hábitos de higiene oral, cerca de 5,8% dos indivíduos não faziam a higienização de uma forma diária. A utilização de escova manual e pasta dentífrica era de quase 100%, sendo o uso de utensílios complementares, como fio dentário (47,1%) ou elixir (49,2%) eram abaixo dos 50%. Para além disso, apenas 59,2% da amostra visitou o médico dentista nos últimos 6 meses, tal como é aconselhado para *check-ups* periódicos, e 46,3% afirmou, como motivo da última consulta, rotina ou aconselhamento médico, vide quadro 7.

Quadro 7: Caracterização da saúde oral e hábitos de higiene da amostra.

		N	%
Número de dentes naturais (n=240)	20 dentes ou mais	216	90
	10-19 dentes	21	8,8
	1-9 dentes		1,2
	Nenhum	2	0
Uso de prótese dentária (n=240)	Sim	31	12,9
	Não	209	87,1
Frequência de higiene oral (n=240)	Diariamente	226	94,2
	Ocasionalmente	14	5,8
	Nunca	0	0
Utensílios para higienização (n=240)	Escova elétrica	35	14,6
	Escova manual	216	90
	Palitos	48	20
	Pasta dentífrica	237	98,8
	Fio dentário	113	47,1
	Escovilhão	30	12,5
	Elixir bucal	118	49,2
	Raspador lingual	22	9,1
Tempo decorrido desde a última consulta (n=240)	Menos de 6 meses	142	59,2
	6 a 12 meses	42	17,5
	Entre 1 a 2 anos	24	10
	Entre 2 a 5 anos	26	10,8
	Há mais de 5 anos	6	2,5
	Nunca	0	0
Motivo da última visita (n=240)	Rotina/Aconselhamento	111	46,3
	Dor	77	32,1
	Início/continuidade de tratamento	51	21,3
	Não sei	1	0,4

No que diz respeito à percentagem de indivíduos que foram a uma consulta de medicina dentária por motivo de rotina ou aconselhamento médico, esta foi superior no género feminino ($X^2=4,038$; $p=0,231$) e nos indivíduos mais jovens ($X^2=10,106$; $p=0,118$), ainda que estas relações não sejam estatisticamente significativas. No que diz respeito às opções utilizadas na higienização, verificou-se que a percentagem de utilização de fio dentário foi, também ela, superior no género feminino ($X^2=5,122$; $p=0,032$). Cf. gráficos 1-3.

Gráfico 1: Relação entre o motivo da última visita ao médico dentista e o género.

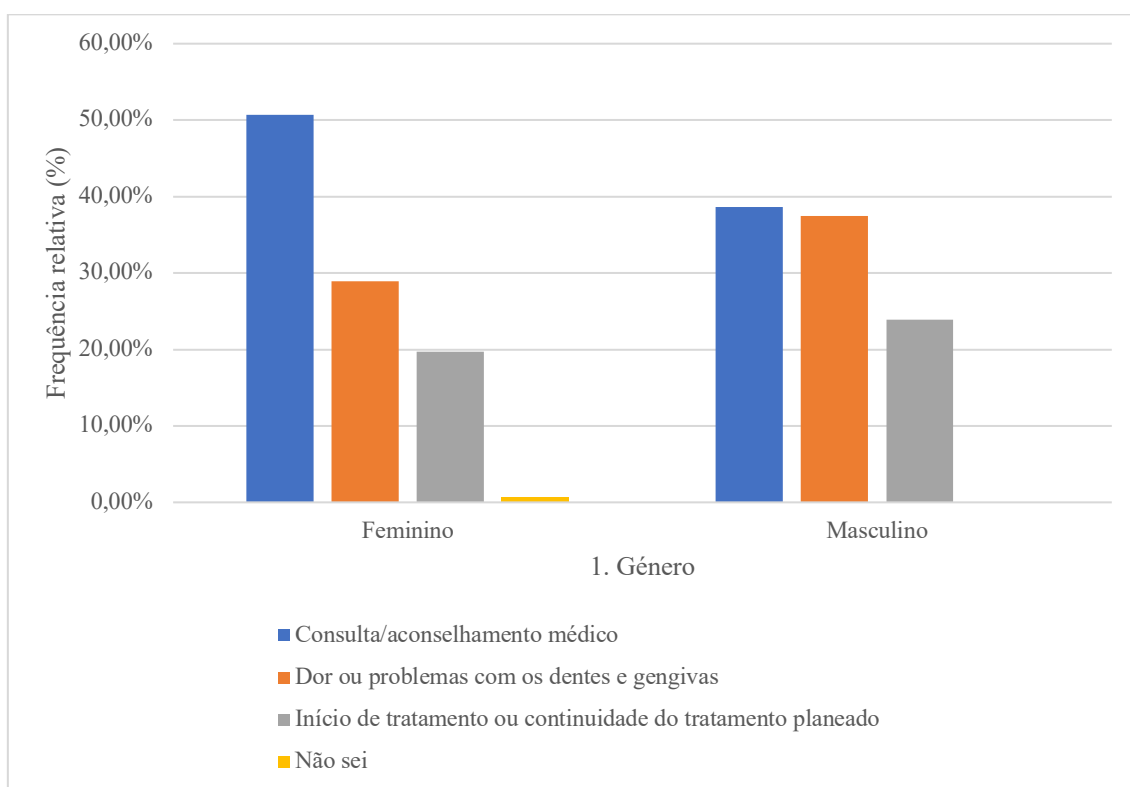


Gráfico 2: Relação entre o motivo da última visita ao médico dentista e a idade.

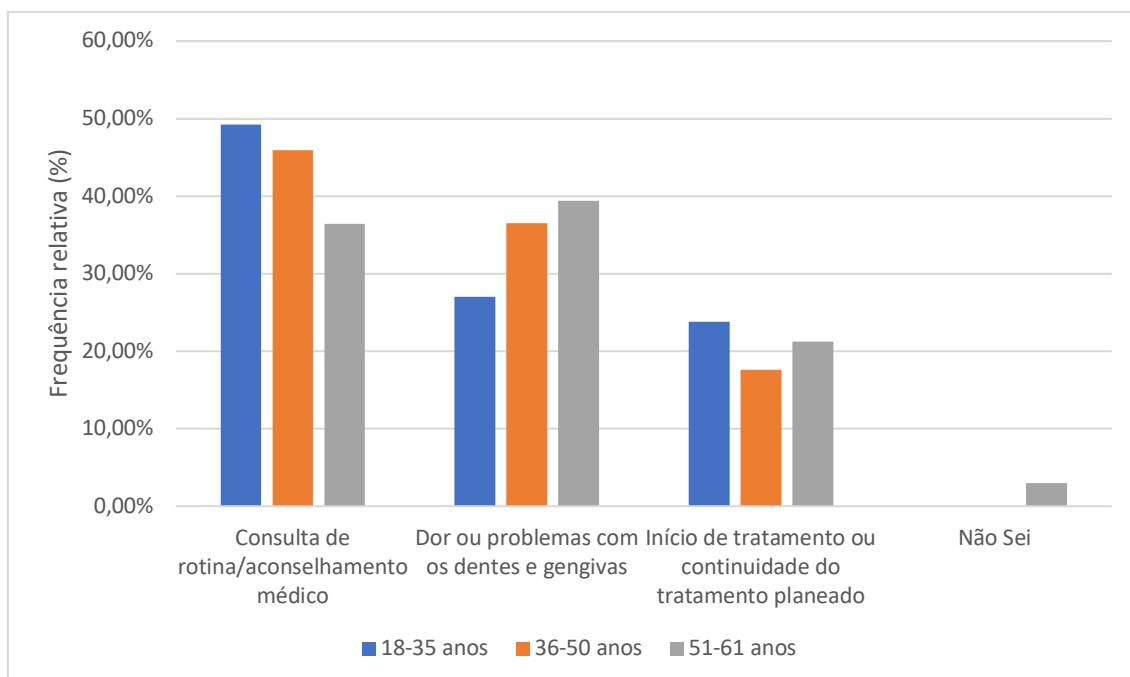
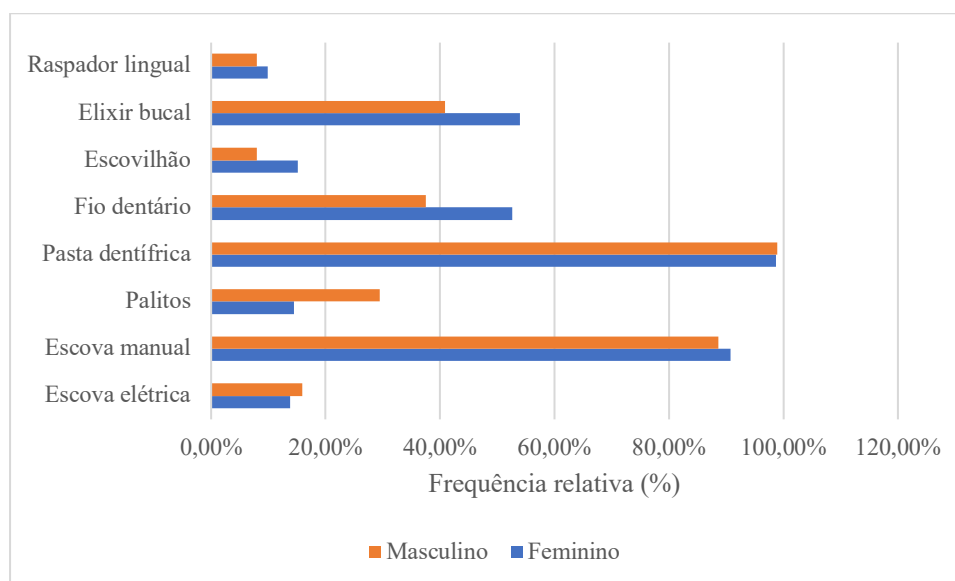


Gráfico 3: Relação entre as opções utilizadas para limpar os dentes e o género.



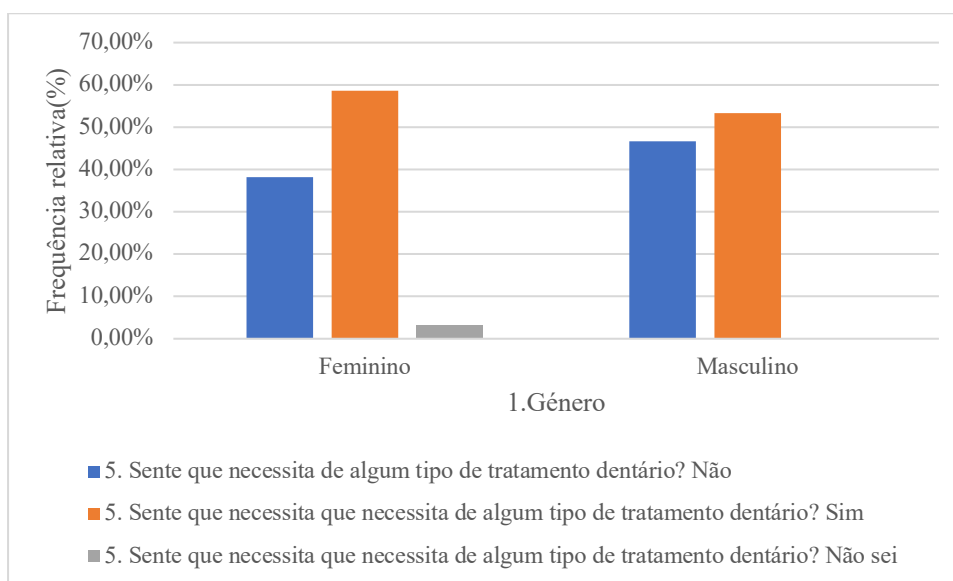
2.3 Caraterização da autoperceção da necessidade de tratamento e do estado dos dentes e gengivas

Quanto à autoperceção da necessidade de tratamento médico-dentário, 56,7% da amostra afirmou sentir necessidade de algum tipo de tratamento médico-dentário. No que diz respeito à autoperceção do estado dos dentes e gengivas, menos de metade (43,7%) da amostra descreveu a sua condição oral como média ou inferior, vide quadro 8 e gráfico 4.

Quadro 8: Caraterização da auto-perceção da necessidade de tratamento e do estado dos dentes e gengivas da amostra.

		N	%
Auto-perceção da necessidade de tratamento médico-dentário (n=240)	Não	99	41,3
	Sim	136	56,7
	Não sei	5	2,1
Auto-perceção do estado dos dentes e gengivas (n=240)	Excelente	13	5,4
	Muito bom	32	13,3
	Bom	90	37,5
	Médio	80	33,3
	Fraco	19	7,9
	Muito fraco	6	2,5

Gráfico 4: Relação entre a autopercepção da necessidade de tratamento médico-dentário e gênero.



2.4 Caracterização dos hábitos alimentares/tabágicos/alcoólicos

Quanto aos hábitos alimentares, cerca de 75,5% da amostra afirmou consumir algum dos alimentos cariogênicos indicados na pergunta 12 do questionário de saúde oral, pelo menos uma vez por semana.

Verificamos também que 22,1% da amostra era fumadora e 57,1% afirmou ter consumido bebidas alcoólicas no último mês. Na amostra, a percentagem de fumadores e a média de consumo de bebidas alcoólicas foram superiores para o gênero masculino ($X^2=35,420$; $p=0,001$) e ($X^2=51,330$; $p=0,001$) respetivamente, vide quadro 9 e gráfico 5 e 6.

Quadro 9: Caracterização dos hábitos alimentares/tabágicos/alcoólicos da amostra.

		N	%
Hábitos alimentares (n=240)	Fruta	220	91,7
	Alimentos cariogênicos	181	75,5
Fumar (n=240)	Não	165	68,8
	Sim	53	22,1
Consumo de bebidas alcoólicas (n=240)	Menos de 1	58	24,2
	1	24	10
	2	8	3,3
	3	7	2,9
	4	5	2,1
	5 ou mais	35	14,6
	Não consumi	103	42,9

Gráfico 5: Relação entre ser fumador e o gênero.

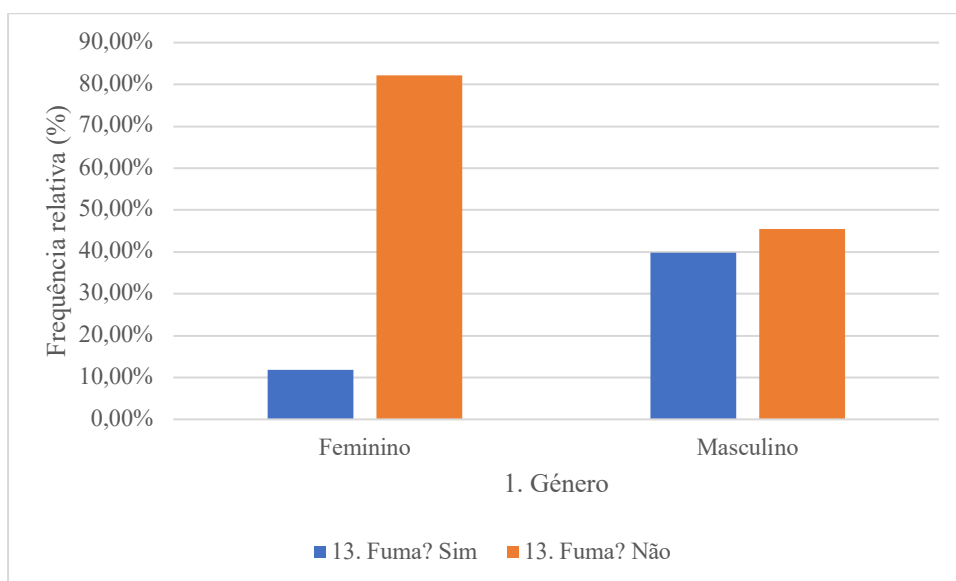
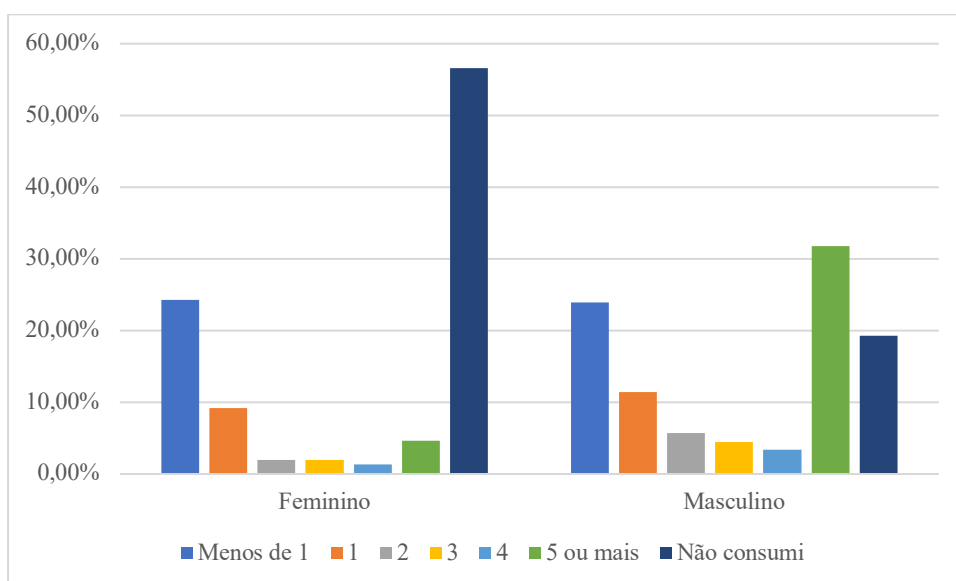


Gráfico 6: Relação entre o consumo de bebidas alcoólicas e o gênero



3. Influência dos hábitos de higiene oral, alimentares, tabágicos e alcoólicos na qualidade de vida e na saúde oral

3.1 Frequência de escovagem

Na escala global OHIP-14 não se verificam diferenças estatisticamente significativas na qualidade de vida mediante a frequência de escovagem dentária

($X^2=2,434$; $p=0,119$). Ainda assim, o valor médio do OHIP-14 foi superior em quem ocasionalmente escovava os dentes ($M=10,14$; $DP= 1,540$), comparativamente a quem realizava uma escovagem diária ($M=8,23$; $DP=0,51$). Ou seja, apesar da qualidade de vida não diferir significativamente entre as duas categorias de higiene oral, esta apresentava melhores resultados com o aumento da frequência da escovagem diária.

Já no que diz respeito aos resultados do exame clínico, a percentagem de “ausência de problemas de saúde oral” - COHI nível 0 – apenas se verificou em quem fazia a escovagem dentária de forma diária (5,3%), enquanto que a “presença de um ou mais problemas com impacto importante a severo na saúde oral” – COHI nível 2 – teve uma maior prevalência nos indivíduos que higienizavam os dentes ocasionalmente (92,9%) ($X^2=8,806$; $p=0,021$), vide quadro 10.

Quadro 10: Relação entre o Clinical Oral Health Index e a frequência com que realiza a higiene oral.

	COHI		
	0	1	2
Diariamente (%)	5,3	42,5	52,2
Ocasionalmente (%)	0	7,1	92,9

Por outro lado, a percentagem de “ausência de necessidade de observação/tratamento” - COCNI nível 0 – apenas se verificou em quem fazia a escovagem dentária de forma diária (8,4%), enquanto que a “necessidade de observação/tratamento urgente” – COCNI nível 3 – teve uma maior prevalência nos indivíduos que higienizavam os dentes ocasionalmente (57,1%) ($X^2=13,291$; $p=0,008$), vide quadro 11.

Quadro 11: Relação entre o Clinical Oral Care Needs Index e a frequência com que realiza a higiene oral.

	COCNI			
	0	1	2	3
Diariamente (%)	8,4	8,4	65,5	17,7
Ocasionalmente (%)	0,0	7,1	35,7	57,1

Ainda assim, não se verificou a existência de uma relação estatisticamente significativa entre o Clinical Oral Prevention Index e a frequência de higiene oral ($X^2=0,412$; $p=0,369$), vide quadro 12.

Quadro 12: Relação entre o Clinical Oral Prevention Index e a frequência com que realiza a higiene oral.

	COPI	
	0	1
Diariamente (%)	15,0	85,0
Ocasionalmente (%)	21,4	78,6

3.2 Métodos de higienização oral

Quanto aos métodos utilizados para levar a cabo o processo de higienização oral e ao seu impacto na qualidade de vida, não houve diferenças estatisticamente significativas, à exceção do elixir, na dimensão “1. Limitação funcional” ($p=0,027$) e do raspador lingual na dimensão “1. Limitação funcional” ($p=0,040$). Verificando-se que quem usa elixir e raspador lingual apresenta uma melhor auto-percepção da qualidade de vida na dimensão “1. Limitação funcional”.

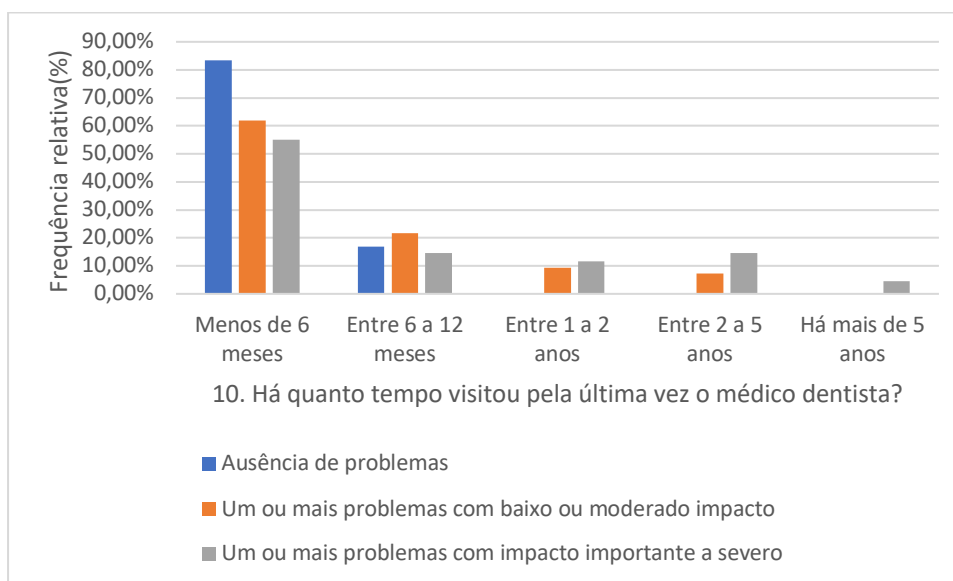
Nos resultados do exame clínico, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas somente na utilização de fio dentário, entre os indivíduos com COHI nível 0, nível 1 ou nível 2, sendo a utilização de fio dentário superior em quem não apresentava nenhum problema de saúde oral ($X^2=9,203$; $p=0,009$). Em relação ao COCNI, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas na utilização de escovilhão, sendo a sua utilização superior em quem não apresentava necessidade de cuidados nem de examinação ($X^2=9,131$; $p=0,026$). E, por último, em relação ao COPI, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas na utilização de elixir, sendo a sua utilização superior em quem não apresentava necessidade de qualquer ação preventiva ou educacional para a saúde oral ($X^2=4,31$; $p=0,049$).

3.3 Frequência de consultas dentárias

Relativamente à frequência de consultas médico-dentárias e à sua influência na qualidade de vida, não se verificam diferenças estatisticamente significativas nos resultados do questionário OHIP-14 ($X^2=7,114$; $p=0,130$).

No que diz respeito ao exame clínico, verificou-se que 83,3% dos indivíduos que apresentavam COHI nível 0, foram a uma consulta de medicina dentária há menos de 6 meses, não sendo, contudo, as diferenças observadas estatisticamente significativas ($X^2=13,945$; $p=0,088$). Cf. gráfico 7.

Gráfico 7: Relação entre o Clinical Oral Health Index e o tempo decorrido desde a última visita ao médico dentista.



O mesmo acontece em relação às necessidades de tratamento observadas, 78,9% dos indivíduos que apresentavam COCNI nível 0, foram a uma consulta de medicina dentária há menos de 6 meses ($X^2=13,145$; $p=0,359$). Na amostra, verificou-se igualmente que 75,7% dos indivíduos que apresentavam COPI nível 0, foram a uma consulta de medicina dentária há menos de 6 meses, não sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas ($X^2=6,743$; $p=0,147$). Cf. gráficos 8 e 9.

Gráfico 8: Relação entre o Clinical Oral Care Need Index e o tempo decorrido desde a última visita ao médico dentista.

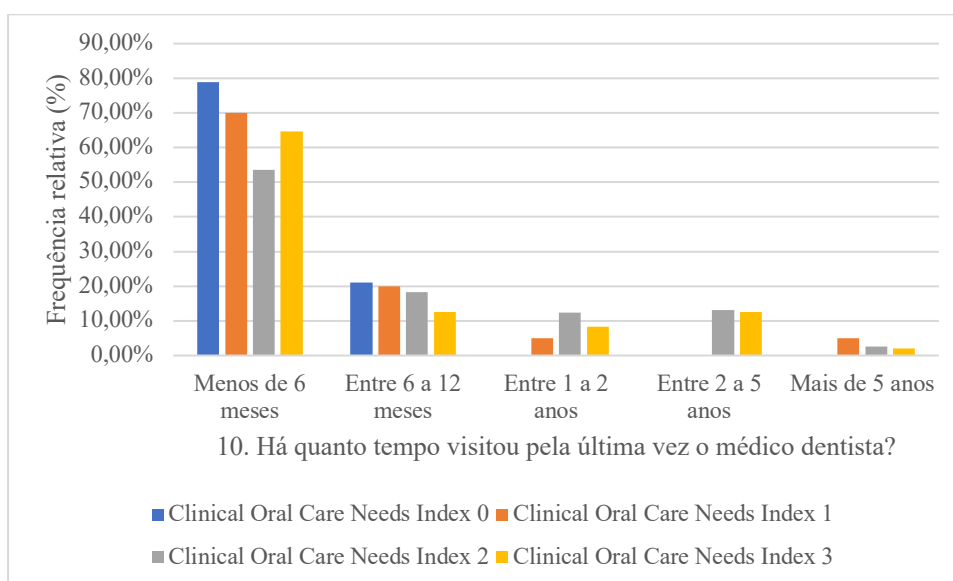
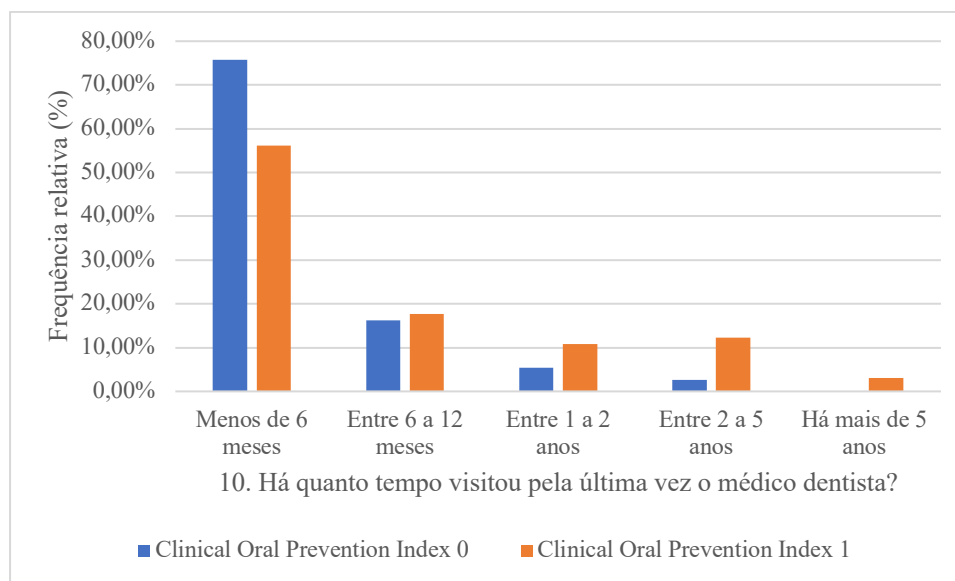


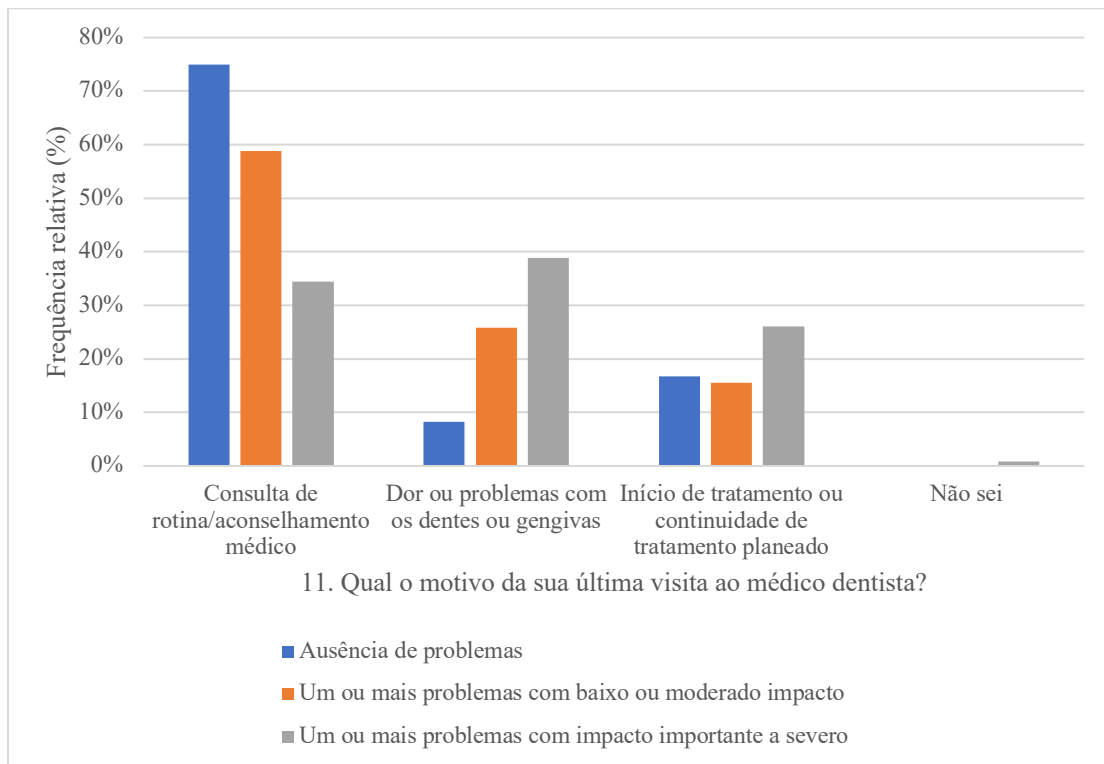
Gráfico 9: Relação entre o Clinical Oral Prevention Index e o tempo decorrido desde a última visita ao médico dentista.



3.4. Motivo da consulta

Já no que se refere ao motivo da última visita ao médico dentista e à sua influência na qualidade de vida, observam-se diferenças estatisticamente significativas nas dimensões “2.dor física” ($p=0,001$), “3.desconforto psicológico” ($p=0,001$), “4.incapacidade física” ($p=0,011$), “6.incapacidade social” ($p=0,042$) e “7.desvantagem” ($p=0,013$) do questionário OHIP-14, sendo os valores superiores (percepção da qualidade de vida inferior) nos pacientes que tinham consultado o médico dentista para iniciar um tratamento ou dar continuidade a um tratamento planeado. No exame clínico, a percentagem de “ausência de problemas” ou de “um ou mais problemas com baixo a moderado impacto na saúde” foi superior em quem foi pela última vez ao médico dentista por motivo de consulta de rotina/aconselhamento médico, enquanto que a percentagem de “um ou mais problemas com impacto importante a severo na saúde” foi superior em quem recorreu ao médico dentista por motivo de dor ou problemas com os dentes ou gengivas, não sendo, contudo, as diferenças estatisticamente significativas ($X^2=18,510$; $p=0,051$). Cf. gráfico 10.

Gráfico 10: Relação entre o Clinical Oral Health Index e o motivo da última visita ao médico dentista.



Em relação às necessidades de tratamento, as percentagens de COCNI nível 0 foi superior em quem visitou o médico dentista para consulta de rotina/aconselhamento médico e inferior para os indivíduos que não se recordavam do motivo. Por outro lado, as percentagens do COCNI nível 3 foi superior em quem visitou o médico dentista por motivo de dor ou problemas com os dentes e as gengivas e inferior para quem visitou o médico para iniciar um tratamento ou dar continuidade a um tratamento planeado, verificando-se diferenças estatisticamente significativas ($X^2=29,361$; $p=0,001$). Relativamente às necessidades de medidas de atuação preventiva/educativa, o COPI nível 0 foi superior em quem visitou o médico dentista para realizar uma consulta de rotina/aconselhamento médico e inferior nas pessoas que se deslocaram ao dentista para iniciar um tratamento ou dar continuidade a um tratamento planeado, não sendo as diferenças estatisticamente significativas ($X^2=5,052$; $p=0,236$), independentemente do motivo da consulta. Cf. gráficos 11 e 12.

Gráfico 11: Relação entre o Clinical Oral Care Needs Index e o motivo da última visita ao médico dentista.

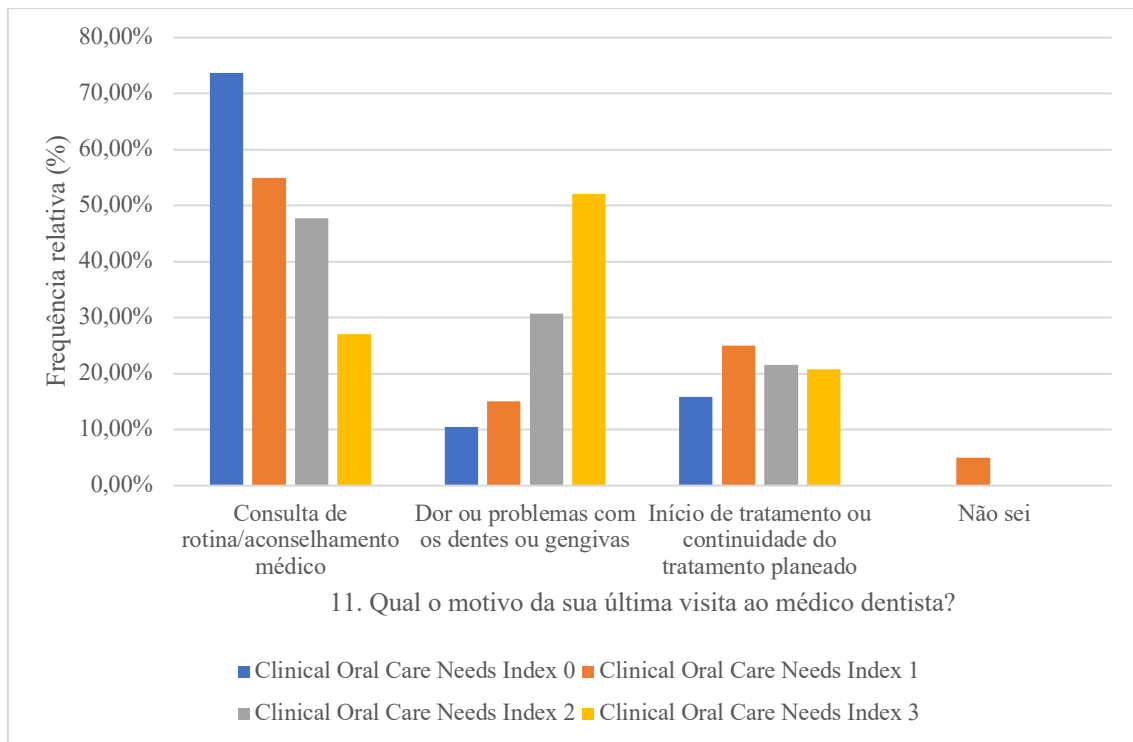
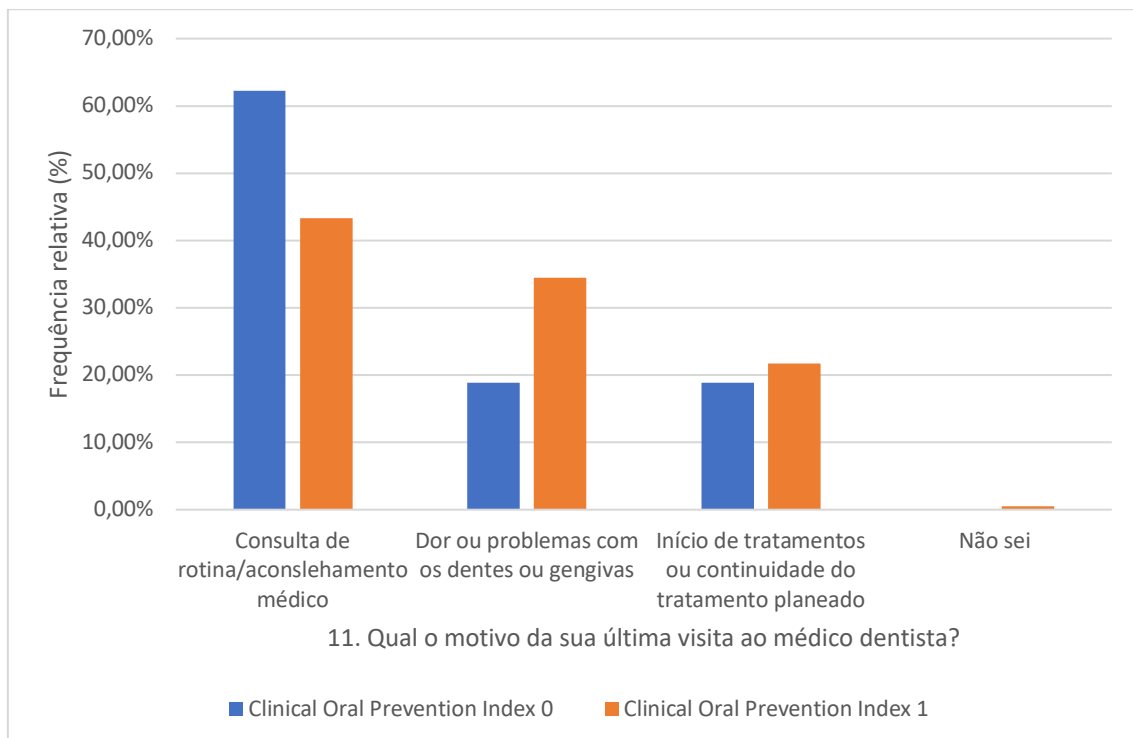


Gráfico 12: Relação entre o Clinical Oral Prevention Index e o motivo da última visita ao médico dentista.



3.5 Hábitos alimentares

Não se verificou a existência de relação estatisticamente significativa entre o consumo de pastilhas, doces, refrigerantes, chá com açúcar, café com açúcar, frutas frescas, biscoitos e bolos, geleias e a escala global do OHIP-14, vide quadro 13.

Quadro 13: Estatística descritiva e testes de Kruskal-Wallis: Relações do OHIP-14 e a frequência com que consome determinados alimentos.

		OHIP-14				
		N	Média	Desvio padrão	Qui ² (KW)	P
Pastilhas	Várias vezes ao dia	9	8,78	6,46	4,098	0,535
	Todos os dias	11	6,18	6,91		
	Várias vezes por semana	26	7,62	5,49		
	Uma vez por semana	15	8,13	8,67		
	Várias vezes por mês	24	6,67	7,00		
	Raramente	155	8,88	7,97		
Doces	Várias vezes ao dia	5	9,60	3,05	1,915	0,861
	Todos os dias	20	7,65	8,18		
	Várias vezes por semana	50	8,68	8,39		
	Uma vez por semana	50	8,40	7,05		
	Várias vezes por mês	45	8,02	7,40		
	Raramente	70	8,39	7,69		
Refrigerantes	Várias vezes ao dia	11	8,27	13,16	4,310	0,506
	Todos os dias	14	8,64	9,38		
	Várias vezes por semana	34	9,35	6,88		
	Uma vez por semana	29	8,24	6,81		
	Várias vezes por mês	29	6,72	5,32		
	Raramente	123	8,45	7,61		
Chá com açúcar	Várias vezes ao dia	5	10,60	3,78	7,642	0,177
	Todos os dias	10	9,00	8,99		
	Várias vezes por semana	17	11,06	10,65		
	Uma vez por semana	17	10,65	6,35		
	Várias vezes por mês	21	9,24	8,20		
	Raramente	170	7,63	7,21		
Café com açúcar	Várias vezes ao dia	60	9,37	8,86	7,659	0,176
	Todos os dias	48	9,17	7,28		
	Várias vezes por semana	7	5,00	6,30		
	Uma vez por semana	4	12,75	6,29		
	Várias vezes por mês	4	6,25	9,25		
	Raramente	117	7,61	6,98		
Frutas frescas	Várias vezes ao dia	107	8,17	8,14	7,560	0,182
	Todos os dias	67	8,69	7,37		
	Várias vezes por semana	36	9,89	7,39		
	Uma vez por semana	10	8,90	6,69		
	Várias vezes por mês	9	5,89	5,80		
	Raramente	11	4,45	4,39		
Biscoitos e bolos	Várias vezes ao dia	9	12,56	6,54	10,197	0,070
	Todos os dias	21	9,52	7,54		
	Várias vezes por semana	80	8,21	7,36		
	Uma vez por semana	71	8,70	8,39		
	Várias vezes por mês	24	8,79	7,54		
	Raramente	35	5,83	6,18		
Geleias	Várias vezes ao dia	1	13,00	6,60		
	Todos os dias	13	6,77	7,00		
	Várias vezes por semana	23	7,70	5,24		

	Uma vez por semana	22	6,82	6,70	2,741	0,740
	Várias vezes por mês	26	7,96	6,48		
	Raramente	155	8,83	8,21		

3.6 Hábitos tabágicos e alcoólicos

No que diz respeito aos hábitos tabágicos, não se verificam na escala global OHIP-14, diferenças estatisticamente significativas entre os não fumadores e os fumadores, bem como nas suas dimensões, contudo a qualidade de vida é percecionada como superior pelos não fumadores ($8,33 \pm 7,35$), vide quadro 14.

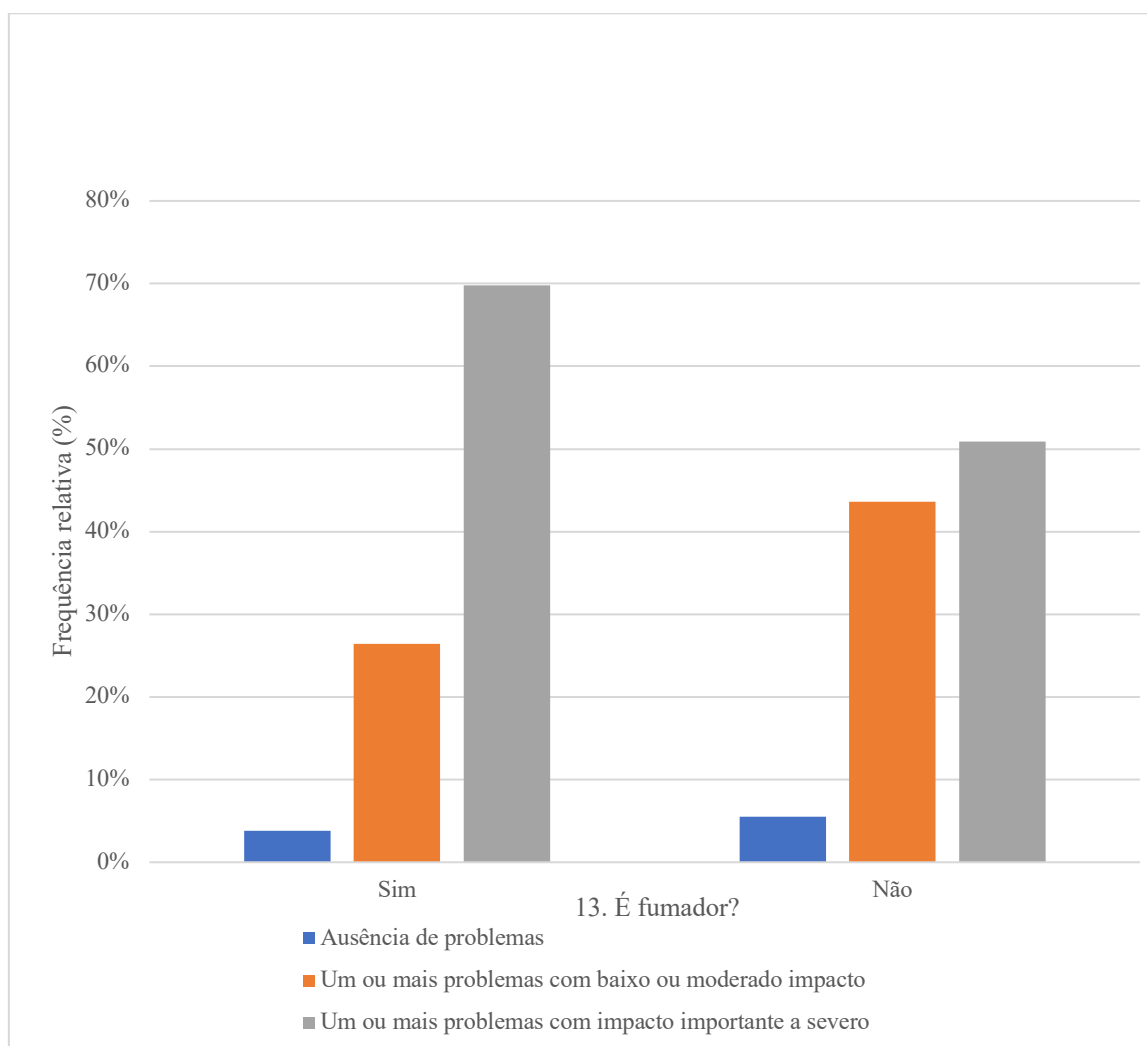
Quadro 14: Estatística descritiva e testes de Kruskal-Wallis: Relações entre o OHIP-14 e ser fumador.

	É fumador?	N	Média	Desvio padrão	Qui ² (KW)	P
OHIP-14	Não	165	8,33	7,35	1,022	0,600
	Sim	53	8,85	8,41		
	Ex-fumador	22				
1.Limitação funcional	Não	165	0,51	1,13	0,922	0,631
	Sim	53	0,58	1,31		
	Ex-fumador	22	0,32	0,89		
2.Dor física	Não	165	2,59	1,85	0,747	0,688
	Sim	53	2,66	1,91		
	Ex-fumador	22	2,23	1,72		
3.Desconforto psicológico	Não	165	2,22	2,35	0,279	0,870
	Sim	53	2,19	2,63		
	Ex-fumador	22	2,32	2,73		
4.Incapacidade física	Não	165	1,12	1,64	3,415	0,181
	Sim	53	1,13	1,86		
	Ex-fumador	22	0,50	1,10		
5.Incapacidade psicológica	Não	165	1,12	1,65	1,992	0,369
	Sim	53	1,17	1,64		
	Ex-fumador	22	0,86	1,81		
6.Incapacidade social	Não	165	0,59	1,35	2,706	0,258
	Sim	53	0,81	1,32		
	Ex-fumador	22	0,91	1,95		
7.Desvantagem	Não	165	0,17	0,59	0,840	0,657
	Sim	53	0,28	1,06		
	Ex-fumador	22	0,14	0,64		

*diferença significativa para $p < 0,05$

No exame clínico, observámos que a percentagem de COHI nível 2 foi superior nos fumadores, enquanto que a percentagem de COHI nível 0 e nível 1 foi superior nos não fumadores ($X^2 = 6,726$; $p = 0,142$), Cf. gráfico 13.

Gráfico 13: Relação entre o Clinical Oral Health Index e ser fumador.



Em relação às necessidades de tratamento e de medidas de atuação educativa/preventiva. A percentagem de COCNI nível 2 foi superior nos fumadores, enquanto que a percentagem de COCNI nível 0 foi superior nos não fumadores ($X^2=13,693$; $p=0,034$). A percentagem de COPI nível 0 foi também ela mais elevada nos não fumadores, enquanto que a de COPI nível 1 foi superior nos fumadores ($X^2=8,843$; $p=0,012$). Cf. gráficos 14 e 15.

Gráfico 14: Relação entre o Clinical Oral Care Needs Index e ser fumador.

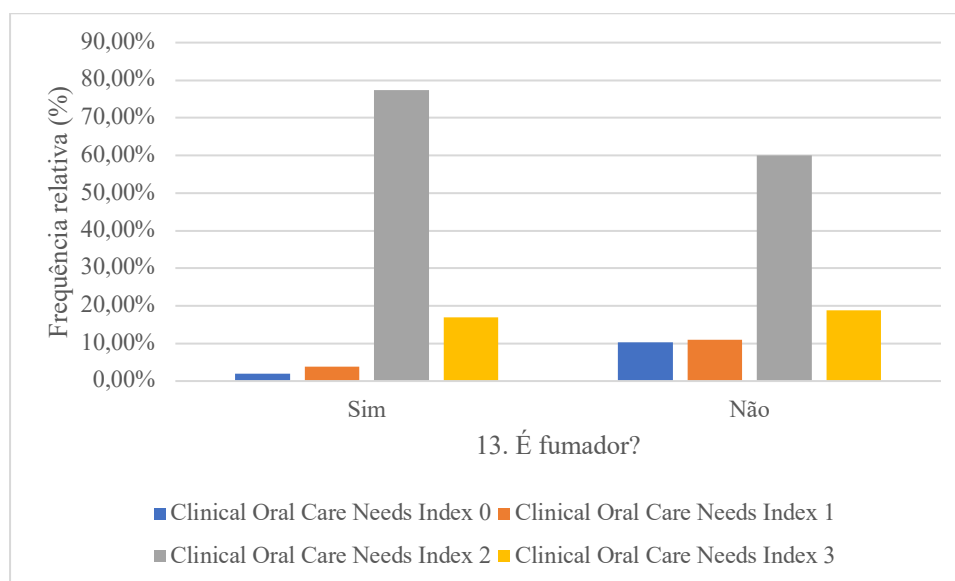
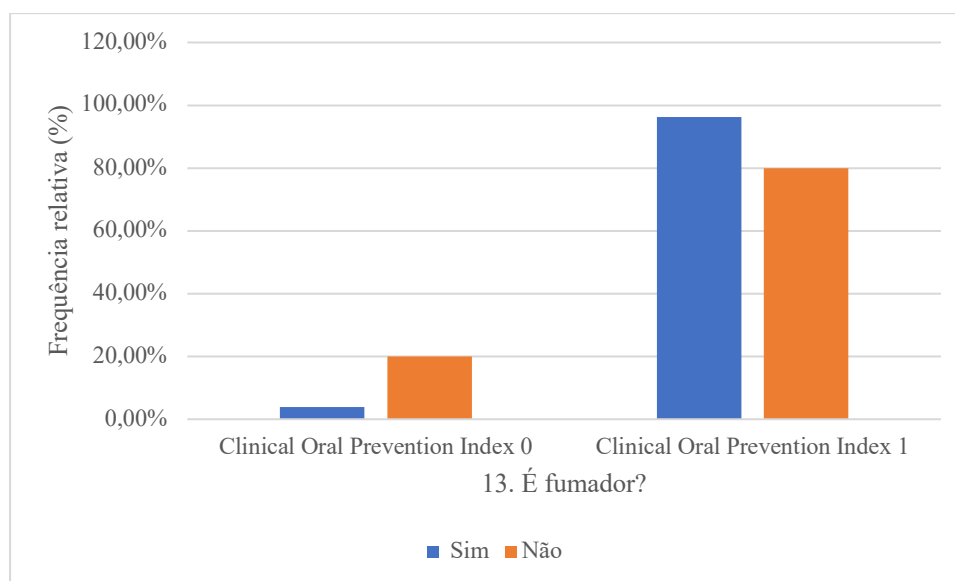


Gráfico 15: Relação entre o Clinical Oral Prevention Index e ser fumador.



4. Análise da condição oral (COHI), das necessidades de tratamento (COCNI) e das medidas de atuação preventiva/educativa necessárias (COPÍ)

4.1 Clinical Oral Health Index – Avaliação da condição oral

54,6% da amostra apresentou quando do exame clínico, “um ou mais problemas com impacto importante a severo na saúde” – COHI nível 2; 40,4% apresentou “um ou

mais problemas com baixo a moderado impacto na saúde” – COHI nível 1; e somente 5% da amostra apresentou “ausência de problemas orais” – COHI nível 0, cf. quadro 15.

Quadro 15: Frequências do Clinical Oral Health Index.

	Frequência	Porcentagem
Ausência de problemas	12	5
Um ou mais problemas com baixo a moderado impacto	97	40,4
Um ou mais problemas com impacto importante a severo	131	54,6
Total	240	100,0

4.2 Clinical Oral Care Needs Index – Avaliação das necessidades de tratamento

Relativamente às necessidades de tratamento, verificou-se que 20% dos indivíduos da amostra necessitavam de cuidados ou observação urgente – COCNI nível 3; 63,8% necessitavam de cuidados ou observação – COCNI nível 2; 8,3% precisavam de ser observados – COCNI nível 1; e somente 7,9% dos indivíduos não necessitavam de cuidados ou observação, cf. quadro 16.

Quadro 16: Frequência do Clinical Oral Care Needs Index.

	Frequência	Porcentagem
0	19	7,9
1	20	8,3
2	153	63,8
3	48	20,0
Total	240	100,0

4.3 Clinical Oral Prevention Index – Avaliação das medidas de atuação preventiva/educativa necessárias

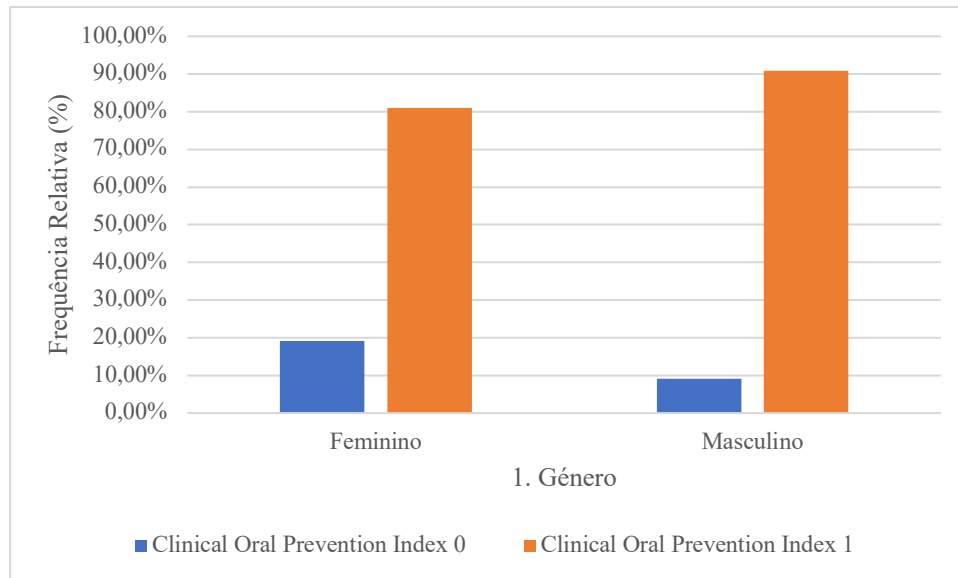
No que diz respeito à necessidade de alguma medida preventiva/educativa em saúde oral, verificou-se que 84,6% da amostra apresentava essa necessidade, cf. quadro 17.

Quadro 17: Frequência do Clinical Oral Prevention Index

	Frequência	Porcentagem
0	37	15,4
1	203	84,6
Total	240	100,0

É no género feminino que verificamos uma menor necessidade de ações educativas/preventivas ($X^2=4,264$; $p=0,042$). Cf. gráfico 16.

Gráfico 16: Relação entre o Clinical Oral Prevention Index e o género.



5. Análise do impacto da saúde oral na qualidade de vida

Adicionalmente aos dados já apresentados, cruzamos agora as variáveis clínicas inquiridas no questionário de saúde oral (número de dentes naturais; uso de prótese dentária), e os resultados do exame clínico com os resultados da qualidade de vida aferida através do questionário OHIP-14.

Deste modo, verificou-se que não existiram diferenças estatisticamente significativas entre o número de dentes naturais e a qualidade de vida ($X^2=6,859$; $p=0,077$), sendo esta última percecionada como superior por quem tinha entre 1 a 9 dentes, cf. quadro 18.

Quadro 18: Estatística descritiva e testes de Kruskal-Wallis: Relações entre o OHIP-14 e o número de dentes naturais.

		N	Média	Desvio padrão	Qui ² (KW)	P
OHIP-14	Nenhum	2	16,5	17,68	6,859	0,077
	1-9 dentes	1	3,00	5,00		
	10-19 dentes	21	14,00	11,95		
	20 dentes ou mais	216	7,75	6,69		
1.Limitação funcional	Nenhum	2	3,50	0,71	39,381	0,0001
	1-9 dentes	1	2,00	1,50		
	10-19 dentes	21	1,81	1,78		
	20 dentes ou mais	216	0,35	0,94		
2.Dor física	Nenhum	2	3,50	3,54	5,484	0,140
	1-9 dentes	1	1,00	1,50		
	10-19 dentes	21	3,38	1,91		
	20 dentes ou mais	216	2,49	1,82		
3.Desconforto psicológico	Nenhum	2	2,00	2,83	4,761	0,190
	1-9 dentes	1	0,00	1,30		
	10-19 dentes	21	3,24	2,66		
	20 dentes ou mais	216	2,14	2,40		
4.Incapacidade física	Nenhum	2	2,50	3,54	7,483	0,058
	1-9 dentes	1	0,00	1,20		
	10-19 dentes	21	2,05	2,36		
	20 dentes ou mais	216	0,96	1,53		
5.Incapacidade psicológica	Nenhum	2	3,00	4,24	4,035	0,258
	1-9 dentes	1	0,00	1,50		
	10-19 dentes	21	1,67	1,91		
	20 dentes ou mais	216	1,04	1,60		
6.Incapacidade Social	Nenhum	2	1,00	1,41	3,339	0,342
	1-9 dentes	1	0,00	1,30		
	10-19 dentes	21	1,14	1,80		
	20 dentes ou mais	216	0,62	1,36		
7.Desvantagem	Nenhum	2	1,00	1,41	11,469	0,009
	1-9 dentes	1	0,00	1,50		
	10-19 dentes	21	0,71	1,68		
	20 dentes ou mais	216	0,13	0,52		

*diferença significativa para $p < 0,05$

Para além disso, pudemos ainda verificar diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos que não usavam prótese dentária e os que usavam, sendo a qualidade de vida percecionada como superior por quem não utilizava prótese dentária, vide quadro 19.

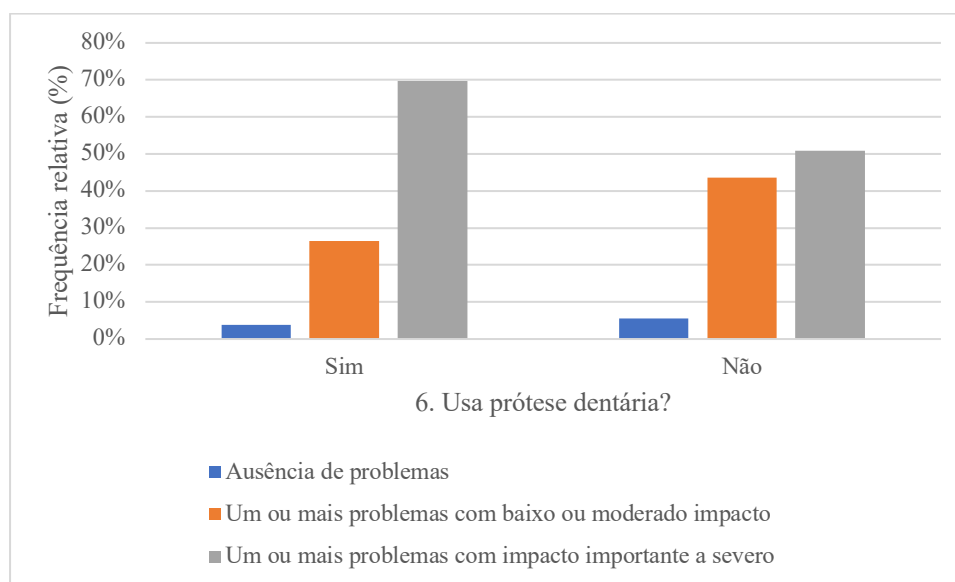
Quadro 19: Estatística descritiva e testes de Mann-Whitney: Relações entre o OHIP-14 e o uso de prótese dentária

	Q6	N	Média	Desvio padrão	U Mann-Whitney	P
OHIP-14	Não Sim	209 31	7,60 13,35	6,67 10,92	2196,500	0,004
1.Limitação funcional	Não Sim	209 31	0,32 1,77	0,90 1,73	1635,00	0,001
2.Dor física	Não Sim	209 31	0,32 3,61	0,90 1,71	2047,500	0,001
3.Desconforto psicológico	Não Sim	209 31	2,12 2,90	2,36 2,88	2807,500	0,214
4.Incapacidade física	Não Sim	209 31	0,93 1,97	1,52 2,18	2291,500	0,002
5.Incapacidade psicológica	Não Sim	209 31	1,06 1,45	1,60 1,98	2967,500	0,395
6.Incapacidade Social	Não Sim	209 31	0,61 1,06	1,35 1,69	2799,000	0,108
7.Desvantagem	Não Sim	209 31	0,13 0,58	0,53 1,43	2723,500	0,004

*diferença significativa para $p < 0,05$

Salienta-se ainda que esta percepção negativa decorrente do uso da prótese dentária se encontra em conformidade com os resultados obtidos no exame clínico, no qual observamos que a percentagem de “um ou mais problemas com impacto importante a severo” foi superior em quem usava prótese dentária, demonstrando uma má adaptação das prótese dentárias nos indivíduos ($X^2=11,247$; $p=0,005$). Cf. gráfico 17.

Gráfico 17: Relação entre o Clinical Oral Health Index e o uso de prótese dentária



Para além disso, verificámos a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os resultados do “Clinical Oral Health Index” e a escala OHIP-14 ($X^2=16,959$; $p=0,001$). Assim, a qualidade de vida foi percecionada como superior por quem, no diagnóstico do exame clínico, tinha ausência de problemas, em comparação com quem tinha problemas de impacto importante a severo, vide quadro 20.

Quadro 20: Estatística descritiva e testes de Kruskal-Wallis. Relações entre o OHIP-14 e o Clinical Oral Health Index.

		N	Média	Desvio padrão	Qui ² (KW)	P
OHIP-14	ausência de problemas	12	3,83	3,33	16,959	0,001
	baixo a moderado impacto	97	6,62	6,24		
	impacto importante a severo	131	10,04	8,30		
1.Limitação funcional	ausência de problemas	12	0,17	0,39	6,333	0,042
	baixo a moderado impacto	97	0,26	0,67		
	impacto importante a severo	131	0,73	1,41		
2.Dor física	ausência de problemas	12	1,50	1,17	15,220	0,001
	baixo a moderado impacto	97	2,14	1,69		
	impacto importante a severo	131	2,98	1,91		
3.Desconforto psicológico	ausência de problemas	12	0,83	1,80	11,74	0,003
	baixo a moderado impacto	97	1,81	2,20		
	impacto importante a severo	131	2,66	2,56		
4.Incapacidade física	ausência de problemas	12	0,42	1,16	6,718	0,035
	baixo a moderado impacto	97	0,81	1,39		
	impacto importante a severo	131	1,31	1,83		
5.Incapacidade psicológica	ausência de problemas	12	0,58	0,90	3,057	0,217
	baixo a moderado impacto	97	0,91	1,44		
	impacto importante a severo	131	1,31	1,83		
6.Incapacidade Social	ausência de problemas	12	0,33	0,78	3,148	0,207
	baixo a moderado impacto	97	0,56	1,34		
	impacto importante a severo	131	0,78	1,49		
7.Desvantagem	ausência de problemas	12	0,00	0,00	3,137	0,208
	baixo a moderado impacto	97	0,12	0,53		
	impacto importante a severo	131	0,26	0,86		

*diferença significativa para $p<0,05$

Da mesma forma, verificámos diferenças estatisticamente significativas na qualidade de vida em função das necessidades de tratamento. De facto, a QdVRSO foi percecionada, na escala global do OHIP-14, como superior por quem tinha COCNI nível 0, em comparação com os que apresentavam níveis de COCNI mais elevados, vide quadro 21.

Quadro 21: Estatística descritiva e testes de Kruskal-Wallis: Relações entre o OHIP-14 e o Clinical Oral Care Needs Index

	COCNI	N	Média	Desvio padrão	Qui ² (KW)	P
OHIP-14	0 1 2 3	19 20 153 48	4,21 9,10 7,61 12,00	4,50 9,45 6,52 9,36	17,492	0,001
1.Limitação funcional	0 1 2 3	19 20 153 48	0,11 0,80 0,46 0,69	0,32 1,40 1,09 1,39	4,403	0,221
2.Dor física	0 1 2 3	19 20 153 48	1,68 2,15 2,50 3,33	1,80 2,18 1,70 1,97	13,339	0,004
3.Desconforto psicológico	0 1 2 3	19 20 153 48	1,11 2,75 1,95 3,31	1,82 3,01 2,28 2,52	16,768	0,001
4.Incapacidade física	0 1 2 3	19 20 153 48	0,42 1,05 0,98 1,60	1,02 1,61 1,55 2,06	7,204	0,066
5.Incapacidade psicológica	0 1 2 3	19 20 153 48	0,63 1,30 1,00 1,56	0,90 1,81 1,54 2,07	3,278	0,351
6.Incapacidade Social	0 1 2 3	19 20 153 48	0,21 0,70 0,59 1,08	0,63 1,26 1,31 1,84	6,518	0,089
7.Desvantagem	0 1 2 3	19 20 153 48	0,05 0,35 0,12 0,42	0,23 0,88 0,47 1,23	4,674	0,197

*diferença significativa para $p < 0,05$

Já no que diz respeito à necessidade de medidas de atuação preventiva/educativa, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas na escala global OHIP-14 entre os indivíduos que apresentavam COPI nível 0 e COPI nível 1. Contudo, observaram-se diferenças estatisticamente significativas apenas na dimensão “5. incapacidade psicológica”, sendo os valores superiores para os que apresentavam COPI nível 1, vide quadro 22.

Quadro 22: Estatística descritiva e testes de Mann-Whitney: Relações entre o OHIP-14 e o Clinical Oral Prevention Index.

	COPI	N	Média	Desvio padrão	U Mann-Whitney	P
OHIP-14	0 1	37 203	6,51 8,68	6,52 7,72	3158,500	0,124
1.Limitação funcional	0 1	37 203	0,38 0,53	1,01 1,17	3582,500	0,539
2.Dor física	0 1	37 203	2,24 2,63	1,62 1,89	3332,500	0,270
3.Desconforto psicológico	0 1	37 203	2,00 2,27	2,45 2,44	3479,500	0,461
4.Incapacidade física	0 1	37 203	0,89 1,10	1,54 1,68	3521,000	0,485
5.Incapacidade psicológica	0 1	37 203	0,54 1,21	1,17 1,71	2897,500	0,013
6.Incapacidade Social	0 1	37 203	0,35 0,72	1,09 1,45	3237,000	0,079
7.Desvantagem	0 1	37 203	0,11 0,21	0,46 0,76	3607,000	0,435

*diferença significativa para $p < 0,05$

Discussão

Neste capítulo insere-se a discussão dos resultados obtidos considerados mais relevantes. Ao longo desta secção foram realizadas, frequentemente, comparações com um estudo realizado a indivíduos portadores de deficiência intelectual leve, assim como com a restante literatura, por forma a encontrar prováveis explicações das diferenças estatisticamente significativas observadas.

1. OHIP-14: Impacto da saúde oral na qualidade de vida

No atual estudo, as opções de resposta do questionário OHIP-14 foram dicotomizadas em respostas sem impacto e com impacto. Foram consideradas sem impacto as respostas “nunca” e “raramente”, e com impacto as respostas “às vezes”, “repetidamente” e “sempre”, tal como verificado em muitos outros estudos.(98,99)

No entanto, há quem não considere correto a inserção da opção “às vezes” na categoria com impacto, tendo em conta que determinados impactos raros podem ser relatados como “às vezes”, surgindo “falsos positivos”.(98)

No nosso estudo observámos que as dimensões do OHIP-14 mais afetadas, tanto a nível de prevalência como de severidade de impacto, foram a dimensão “2.dor física” com 56,7% / $2,57 \pm 1,85$ de impacto, seguida da “3.desconforto psicológico” e “5.incapacidade psicológica” com 48,3% / $2,23 \pm 2,44$ e 30,4% / $1,11 \pm 1,66$, respetivamente. Por outro lado, as dimensões menos afetadas foram a “7. desvantagem” com 6,3% / $0,19 \pm 0,72$ e a “1.limitação funcional” com 13,3% / $0,51 \pm 1,15$.

Estes resultados, confirmam que os problemas orais não se limitam a uma fonte de dor tendo também consequências a nível físico e emocional.(100) As consequências emocionais dos problemas orais são sistematicamente desvalorizadas pelos profissionais de saúde, não sendo compreendido muitas vezes, o impacto que a doença oral pode ter a nível psicológico de um indivíduo.(101)

De igual forma, a população geral portuguesa apresenta como dimensões, do OHIP-14, mais afetadas a “1.dor física” com $2,62 \pm 1,93$ e “3.desconforto psicológico” com $2,04 \pm 2,18$ e como uma das menos afetadas a “7 desvantagem” com $1,06 \pm 1,70$.

No estudo realizado a pessoas portadoras de deficiência intelectual leve, os resultados diferiram ligeiramente dos do presente estudo, pois apesar das dimensões mais afetadas serem a “2. dor física” e o “3. desconforto psicológico”, as menos afetadas foram

a “7. desvantagem” e a “6. Incapacidade social”, sendo na população sem deficiência intelectual a “7. desvantagem” e a “1. limitação funcional”.

Tal divergência, pode ser causada por diferenças a nível da interpretação das questões, das características das populações ou da perceção da severidade da condição oral entre as amostras.

2.Hábitos de higiene/saúde oral

No presente estudo, 94,2% dos indivíduos da amostra realizam a higiene oral diariamente, 98% utiliza pasta dentífrica, 49,2% usa elixir oral e 47,1% usa fio dentário. Tais resultados são semelhantes aos verificados na população geral portuguesa(102), em que 97,6% da amostra higieniza a cavidade oral de forma diária e 45,4% utiliza elixir oral, bem como aos do estudo de uma amostra de adolescentes da Região Centro de Portugal(103), em que 96,8% da amostra higieniza os dentes diariamente e 38,6% utiliza o fio dentário.

O uso de fio dentário (52,6% vs. 37,5%, $p=0,032$) e de elixir oral (53,9% vs. 40,9%, $p=0,061$) foi superior no género feminino, tal como o verificado no estudo da população portuguesa (102) em que o uso de fio dentário (29,3% vs. 17,6%, $p<0,01$) e de elixir oral (52,4% vs. 40%, $p<0,01$) foi igualmente superior no género feminino.

Na população portadora de deficiência intelectual leve, verificaram-se fracos resultados relativamente à higienização oral, apenas 79,6% da amostra escovava os dentes diariamente, 24,1% utilizava elixir oral e 7,1% fazia o uso de fio dentário. Segundo alguns estudos, existem fortes associações entre a frequência de escovagem e a presença de lesões cariosas (83), assim como uma insuficiente higienização oral é a principal causa do surgimento da doença periodontal em pessoas portadoras de deficiência, salientando-se que há uma relação entre o grau de deficiência e o nível de higienização oral.

No nosso estudo foi também observado que 23,3% da amostra não visitava o dentista há mais de um ano, não se verificando ninguém na amostra que nunca tivesse ido a alguma consulta. Por outro lado, no estudo realizado à população geral portuguesa(102), 47,4% dos indivíduos da amostra não ia a uma consulta odontológica há mais de um ano, esses valores podem dever-se à crise económica do país e à ausência de oferta de serviços de saúde oral em várias regiões de Portugal. A diferença entre estes valores e os observados no nosso estudo, pode ser devida a diferenças na composição das amostras.

Já no que diz respeito à população com deficiência intelectual leve (15), 58,2% dos indivíduos da amostra não fazia uma visita ao médico dentista há mais de um ano, assim como 7,2% nunca foi ao dentista. Estes valores podem dever-se às inúmeras barreiras que esta vulnerável população encontra no acesso a adequados cuidados de saúde oral.

Relativamente ao motivo da última consulta, 46,3% dos indivíduos da nossa amostra afirmaram ir à última consulta ao médico dentista para realização de uma consulta de rotina/aconselhamento médico e 32,1% por motivo de dor. A percentagem de indivíduos que foi ao médico dentista para realizar uma consulta de rotina/aconselhamento médico foi superior no género feminino ($X^2=4,038$; $p=0,231$) e nos indivíduos mais jovens ($X^2=10,106$; $p=0,118$). Segundo alguns autores (98), as mulheres deslocam-se mais frequentemente ao dentista comparativamente com os homens ($p<0,01$). Na população geral portuguesa (102), 29,5% dos indivíduos não foram ao dentista ou só foram em situação de dor.

Na população com deficiência intelectual leve (15), 48,6% afirmaram ir ao médico dentista devido a dor e apenas 18,8% para realização de consulta de rotina/aconselhamento médico. Tal como no nosso estudo, os indivíduos do género feminino ($X^2=6,531$; $p=0,038$), assim como os mais jovens ($X^2=7,51$; $p=0,023$) afirmam deslocar-se com uma maior frequência ao médico dentista para realizar uma consulta de rotina/aconselhamento médico.

No que diz respeito ao número de dentes que os indivíduos apresentam na cavidade oral, 10% dos indivíduos da nossa amostra apresentavam menos de 20 dentes (8,8% com 10-19 dentes e 1,2% com 1-9 dentes). No estudo da população geral portuguesa (102) verificou-se que 32,5% dos indivíduos perdeu mais de 6 dentes. Já no que se refere à população com deficiência intelectual, 32,9% dos indivíduos apresentaram menos de 20 dentes (17,5% com 10-19 dentes, 13,3% com 1-9 dentes e 2,1% sem nenhum dente), esta perda de dentes pode dever-se à ausência de colaboração nos tratamentos odontológicos, fazendo com que se realizem com maior frequência extrações dentárias (104), ou devido à alta prevalência de doença periodontal nesta vulnerável população. A ausência de um grande número de dentes provoca alterações a nível alimentar (má nutrição), com consequências na saúde geral do indivíduo(15).

Verificámos no nosso estudo, que apenas 12,9% dos indivíduos usavam prótese dentária, sendo considerado um valor correto, visto que apenas 10% dos indivíduos da amostra apresentavam menos de 20 dentes, deduzindo-se que a maioria das pessoas com

necessidade de reabilitação protética usavam prótese dentária. Tal como foi verificado no estudo realizado à população geral portuguesa (102), em que 44% dos indivíduos que perdeu dentes definitivos realizou reabilitação oral.

Contudo, na população portadora de deficiência intelectual leve, somente 15% dos indivíduos usavam prótese dentária, o que significa que muitos dos indivíduos que apresentavam necessidade de reabilitação protética, não usavam prótese dentária. Esta situação pode dever-se à inviabilidade da prótese dentária para esta população, devido a barreiras socioeconómicas e intrínsecas presentes(15).

Em modo de conclusão, a população portadora de deficiência intelectual leve (15), possui piores hábitos de higiene oral e consequentemente pior saúde oral comparativamente à população em estudo. Neste sentido, os cuidadores bem como os profissionais de saúde devem aperfeiçoar a sua conduta por forma a melhorar a saúde oral desta população vulnerável.

3.Estado de saúde oral: análise dos resultados do exame clínico

No que diz respeito ao exame objetivo de saúde oral, observou-se que 54,6% dos indivíduos da nossa amostra possuía “um ou mais problemas de impacto importante a severo” – COHI nível 2, e somente 5,0% não possuía nenhum problema oral – COHI nível 0. No estudo realizado à população portadora de deficiência intelectual (15) as percentagens de indivíduos com “um ou mais problemas de impacto importante a severo” - COHI nível 2 (54,9%) e de indivíduos que não apresentavam nenhum problema oral – COHI nível 0 (2,1%) foi muito semelhante ao obtido na nossa amostra de estudo, podendo estes valores dever-se a maus hábitos de higiene oral, à alimentação ou à ausência de consciência da importância de uma boa saúde oral, tanto a nível da saúde sistémica como a nível da qualidade de vida.

No que se refere às necessidades de tratamento dentário, 7,9% dos indivíduos do nosso estudo não necessitavam de qualquer tratamento nem de observação – COCNI nível 0, 8,3% necessitava de observação – COCNI nível 1, 63,8% necessitava de cuidados dentários / observação – COCNI nível 2, e 20% necessitava de cuidados / observação urgente- COCNI nível 3. Estes valores são relativamente semelhantes aos obtidos no estudo realizado à população portadora de deficiência intelectual (15), em que 4,6% dos indivíduos do nosso estudo não necessitavam de qualquer tratamento nem de observação

– COCNI nível 0, 26,3% necessitava de observação – COCNI nível 1, 58,8% necessitava de cuidados dentários / observação – COCNI nível 2, e 10,4% necessitava de cuidados / observação urgente- COCNI nível 3.

Relativamente à necessidade de medidas de atuação preventiva / educativa da amostra do nosso estudo, o COPI assumiu o valor 1 em 84,6% dos indivíduos, demonstrando elevadas necessidades de educação e prevenção em saúde oral. Na população com deficiência intelectual leve (15), a percentagem de indivíduos com necessidade de medidas de atuação preventiva / educativa – COPI nível 1, foi de 85%. As elevadas percentagens de indivíduos com necessidade de medidas de atuação preventiva / educativa – COPI nível 1, obtidas tanto para a população em estudo como para a amostra de pessoas portadoras de deficiência intelectual leve podem ser explicadas pelo facto da presença de doenças sistémicas com necessidade de monitorização apropriada de saúde oral ser um critério para que o COPI assuma o nível 1 e, tendo em conta que ambas as populações são constituídas por indivíduos adultos e estes por sua vez, apresentam frequentemente esse tipo de doenças pode ser uma possível explicação para os elevados valores obtidos no nível 1 deste índice, assim como uma possível técnica de escovagem inadequada. Na população portadora de deficiência intelectual leve, os inadequados padrões de higienização oral levam à acumulação de placa bacteriana assim como de cálculos que também contribuem para a elevada percentagem de pessoas com COHI nível 1 nesta população (15).

4.Qualidade de vida relacionada com a saúde oral e fatores associados

As variáveis que se relacionam de forma estatisticamente significativa com a escala OHIP-14 são: o uso de prótese dentária, o COHI e o COCNI.

Uso de prótese dentária

No presente estudo, os indivíduos que usavam prótese dentária apresentavam uma perceção da qualidade de vida inferior. Na validação da versão portuguesa do OHIP-14 para a população em geral também se observa que os indivíduos que usam prótese dentária apresentam valores mais elevados no OHIP-14, e portanto, uma inferior qualidade de vida relacionada com a saúde oral.(96) Os resultados obtidos podem dever-se ao compromisso estético relacionado com o uso de prótese dentária, assim como ao

desconforto, dores e dificuldades na fonação e alimentação causado por próteses mal adaptadas.

COHI e COCNI

No nosso estudo, indivíduos que possuíam “um ou mais problemas orais com impacto importante a severo na saúde” – COHI nível 2, apresentavam valores mais elevados no OHIP-14, isto é, tinham uma menor percepção da qualidade de vida relacionada com a saúde oral. De igual forma, na população portadora de deficiência intelectual leve (15), verificou-se que os indivíduos que possuíam “um ou mais problemas orais com impacto importante a severo na saúde” – COHI nível 2, apresentavam valores mais elevados no OHIP-14.

O mesmo se observou relativamente às necessidades de tratamento, em que quer na amostra em estudo quer na população portadora de deficiência intelectual leve, quem apresentava o nível mais elevado do COCNI (nível 3) tinha uma percepção inferior da qualidade de vida comparativamente aos indivíduos que apresentavam o nível mais reduzido do COCNI (nível 0).

Segundo diversos estudos(105), uma condição oral precária apresenta impactos negativos na qualidade de vida e consequências a nível das atividades diárias.

Na avaliação da QdVRSO dos indivíduos portadores de deficiência, em alguns estudos, as questões do questionário OHIP-14 são respondidas pelos cuidadores, e estes por sua vez não apresentam capacidade para a compreensão da dor nem dos impactos da saúde oral na qualidade de vida dos indivíduos ao seu cuidado.(15)

5.Limitações

O presente estudo apresenta algumas limitações.

Primeiramente, a nível amostral, a amostra do estudo é relativamente pequena devendo o número de indivíduos da população ser aumentado. Apesar dos questionários serem autoaplicados, deve sempre ter-se em conta um possível viés de resposta, visto que os indivíduos podem optar por responder o que consideram mais correto e não a verdade. Por fim, no exame intraoral, todas as observações foram efetuadas pela investigadora. Porém, como não foi possível a realização de testes complementares de diagnóstico, a precisão das observações realizadas pode encontrar-se comprometida. Por outro lado, a

placa bacteriana que os indivíduos apresentam no dia do exame intraoral podem não corresponder aos níveis de placa bacteriana nos outros dias.

Contudo, as limitações deste estudo foram atenuadas através da combinação da avaliação subjetiva com a avaliação objetiva do exame clínico oral.

Conclusão

Através da observação dos dados obtidos no nosso estudo, pode-se concluir que:

1. Os hábitos de higiene oral da população em estudo são muito superiores aos verificados na população portadora de deficiência intelectual leve(15); Mais de $\frac{1}{2}$ da população em estudo realiza uma higienização diária da cavidade oral; Cerca de $\frac{1}{2}$ usa utensílios complementares de higienização, como o elixir oral e o fio dentário; mais de $\frac{1}{2}$ da população foi a uma consulta odontológica há menos de 6 meses e cerca de $\frac{1}{2}$ da população foi à última consulta odontológica para uma consulta de rotina/aconselhamento médico. Por outro lado, na população portadora de deficiência intelectual cerca de $\frac{1}{5}$ dos indivíduos não realizava uma escovagem diária; menos de $\frac{1}{4}$ dos indivíduos usava utensílios complementares de higienização oral (elixir oral, fio dentário, escovilhão...), menos de $\frac{1}{3}$ dos indivíduos foi a uma consulta odontológica no último meio ano, e apenas $\frac{1}{4}$ dos indivíduos foi a última vez ao médico dentista para realizar uma consulta de rotina / aconselhamento médico;
2. Mais de $\frac{1}{2}$ da população em estudo assim como da população portadora de deficiência intelectual apresenta “um ou mais problemas orais com impacto importante a severo” na saúde, existindo a necessidade de observação ou tratamento odontológico;
3. Cerca de 85% da população em estudo e da população portadora de deficiência intelectual leve possui necessidade de medidas de atuação educativa/preventiva;
4. As dimensões do OHIP-14 mais afetadas, na população em estudo e na população portadora de deficiência intelectual leve são: a dor física e a incapacidade psicológica;
5. Os problemas orais não são somente uma fonte de dor, mas são também a causa de patologias a nível físico e emocional;
6. O uso de prótese e níveis mais elevados nos índices COHI e COCNI, quer nos indivíduos da amostra em estudo, quer nos da população portadora de deficiência intelectual leve, estão associados a pontuações mais elevadas na escala do OHIP-14, e portanto a uma pior percepção da QdVRSO;

Em modo de conclusão, os resultados obtidos, assim como a revisão bibliográfica efetuada, permitem uma maior consciencialização das necessidades e barreiras dos

indivíduos com e sem deficiência intelectual, bem como da relevância do papel dos cuidadores e da importância dos programas públicos de auxílio à saúde oral.

Bibliografia

1. Rosamund H. Oral health promotion for high-risk children: case studies from British Columbia. *J Can Dent Assoc.* 2003;69(5):292–6.
2. Parker R, Ratzan SC. Health literacy: A second decade of distinction for Americans. *J Health Commun.* 2010;15(sup2):20–33.
3. Dickson-Swift V, Kenny A, Farmer J, Gussy M, Larkins S. Measuring oral health literacy: A scoping review of existing tools. *BMC Oral Health.* 2014;14(1):148.
4. Baker DW, Gazmararian JA, Williams M V., Scott T, Parker RM, Green D, et al. Functional health literacy and the risk of hospital admission among Medicare managed care enrollees. *Am J Public Health.* 2002;92(8):1278–83.
5. Dewalt D, Berkman N, Sheridan S, Lohr K, Pignone M. Literacy and health outcomes: a systematic review of the literature. *J Gen Intern Med.* 2004;19(12):1228–39.
6. Nutbeam D, Kickbusch I. Advancing health literacy : a global challenge for the 21st century. *Health Promot Int.* 2000;15(3):183–4.
7. Spanemberg JC, Cardoso JA, Slob EMGB, López-López J. Quality of life related to oral health and its impact in adults. *J Stomatol Oral Maxillofac Surg.* 2019;
8. Sousa S. Qualidade de vida relacionada com a saúde oral. Faculdade de economia da universidade de Coimbra; 2016.
9. Andreeva VA, Kesse-Guyot E, Galan P, Feron G, Hercberg S, Hennequin M, et al. Adherence to national dietary guidelines in association with oral health impact on quality of life. *Nutrients.* 2018;10(5):527.
10. Moynihan P, Petersen PE. Diet , nutrition and the prevention of dental diseases. *Public Health Nutr.* 2004;7(1a):201–26.
11. Spanemberg JC, Cardoso JA, Slob EMGB, López-López J. Quality of life related to oral health and its impact in adults. *J Stomatol Oral Maxillofac Surg.* 2019;2(4):6.
12. Petersen PE, Kwan S. Evaluation of community-based oral health promotion and oral disease prevention – WHO recommendations for improved evidence in public health practice. *Community Dent Health.* 2004;21(4 Suppl):319–29.
13. Leite RS, Marlow NM, Fernandes JK. Oral health and type 2 diabetes. *Am J Med Sci.* 2013;345(4):271–3.
14. Sheiham A. Oral health, general health and quality of life. *Bull World Health Organ.* 2005;83(9):644.

15. Couto P. Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve. Universidade da Beira Interior; 2018.
16. Singh A, Dhawan P, Gaurav V, Rastogi P, Singh S. Assessment of oral health-related quality of life in 9-15 year old children with visual impairment in Uttarakhand, India. *Dent Res J (Isfahan)*. 2017;14(1):43–9.
17. Schimmel M, Leemann B, Christou P, Kiliaridis S, Schnider A, Herrmann FR, et al. Oral health-related quality of life in hospitalised stroke patients. *Gerodontology*. 2011;28(1):3–11.
18. John MT, Rener-Sitar K, Baba K, Čelebić A, Larsson P, Szabo G, et al. Patterns of impaired oral health-related quality of life dimensions. *J Oral Rehabil*. 2016;43(7):519–27.
19. He SL, Wang JH. Validation of the Chinese version of the oral health impact profile for TMDs (OHIP-TMDs-C). *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2015;20(2):161–6.
20. El-Meligy O, Maashi M, Al-Mushayt A, Al-Nowaiser A, Al-Mubark S. The Effect of Full-Mouth Rehabilitation on Oral Health-Related Quality of Life for Children with Special Health Care Needs. *J Clin Pediatr Dent*. 2016;40(1):53–61.
21. Sischo L, Broder HL. Oral health-related quality of life: what, why, how, and future implications. *J Dent Res*. 2011;90(11):1264–70.
22. Abanto J, Carvalho TS, Bönecker M, Ortega AOL, Ciamponi AL, Raggio DP. Parental reports of the oral health-related quality of life of children with cerebral palsy. *BMC Oral Health*. 2012;12:15.
23. Alsumait A, ElSalhy M, Amin M. Long-Term Effects of School-Based Oral Health Program on Oral Health knowledge and Practices and Oral Health-Related Quality of Life. *Med Princ Pract*. 2015;24(4):362–8.
24. Montero J, Macedo C, López-Valverde A, Bravo M. Validation of the oral health impact profile (OHIP-20sp) for Spanish edentulous patients. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2012;17(3):469–76.
25. Dai R, Lam OLT, Lo ECM, Li LSW, McGrath C. Oral health-related quality of life in patients with stroke: a randomized clinical trial of oral hygiene care during outpatient rehabilitation. *Sci Rep*. 2017;7(1):7632.
26. Reissmann DR, John MT, Feuerstahler L, Baba K, Szabó G, Čelebić A, et al. Longitudinal measurement invariance in prospective oral health-related quality of life assessment. *Health Qual Life Outcomes*. 2016;14:88.

27. Osta N El, Pichot H, Soulier-Peigue D, Hennequin M, Tubert-Jeannin S. Validation of the child oral health impact profile (COHIP) french questionnaire among 12 years-old children in New Caledonia. *Health Qual Life Outcomes*. 2015;13:176.
28. El Osta N, Tubert-Jeannin S, Hennequin M, Bou Abboud Naaman N, El Osta L, Geahchan N. Comparison of the OHIP-14 and GOHAI as measures of oral health among elderly in Lebanon. *Health Qual Life Outcomes*. 2012;10:131.
29. Allen P. Assessment of oral health quality of life. *Health Qual Life Outcomes*. 2003;1:40.
30. Couto P, Pereira PA, Nunes M, Mendes RA. Oral health-related quality of life of Portuguese adults with mild intellectual disabilities. *PLoS One*. 2018;13(3):e0193953.
31. Shyama M, Honkala S, Al-Mutawa SA, Honkala E. Oral health-related quality of life among parents and teachers of disabled schoolchildren in Kuwait. *Med Princ Pract*. 2013;22(3):285–90.
32. Pradhan A. Oral health impact on quality of life among adults with disabilities: carer perceptions. *Aust Dent J*. 2013;58(4):526–30.
33. Weckwerth SAM, Weckwerth GM, Ferrairo BM, Chicrala GM, Ambrosio AMN, Toyoshima GHL, et al. Parents' perception of dental caries in intellectually disabled children. *Spec Care Dent*. 2016;36(6):300–6.
34. Gallagher J, Scambler S. Disability and Oral Health. *Learn Disabil*. 2012;343–64.
35. Reisine ST. Dental disease and work loss. *J Dent Res*. 1984;63(9):1158–61.
36. Gift HC, Reisine ST LD. The social impact of dental problems and visits. *Am J Public Heal*. 1992;82(12):1663–8.
37. Dho MS. Factores asociados a la utilización de servicios de salud odontológicos Factors associated with the use of dental health services. *Cien Saude Colet*. 2018;23(2):509–18.
38. Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21 st century - the approach of WHO Global Oral Health Programme. World Health Organization. 2003. p. 1–38.
39. Miranda CD-BC, Peres MA. Determinantes da utilização de serviços odontológicos entre adultos: um estudo de base populacional em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2013;29(11):2319–32.

40. Carrasco-Loyola M, Landauro-Sáenz A, Orejuela-Ramírez F. Factores asociados a la utilización de servicios en una clínica odontológica universitaria peruana. *Rev Estomatológica Hered.* 2016;25(1):27–35.
41. Uysal S, Akalin FA, Yamalik N, Etikan I. Unmet need for Education by Professionals and Inconsistency in [Knowledge and Behavior of Dental Patients. *N Y State Dent J.* 2010;76(3):16–21.
42. Lian, C. W., Phing, T. S., Chat, C. S., Shin, B. C., Baharuddin, L. H., Che’Jalil, Z. B. J. Oral health knowledge, attitude and practice among secondary school students in Kuching, Sarawak. *Arch Orofac Sci.* 2010;5(1):9–16.
43. Chen M-Y. Misperception of Oral Health among Adults in Rural Areas : A Fundamental but Neglected Issue in Primary Healthcare. *Int J Environ Res Public Health.* 2018;15(10):2187.
44. Rodrigues C. Comportamentos , Hábitos e Conhecimentos De Saúde Oral Das Crianças: Percepção dos Pais/Encarregados de Educação. Universidade Aberta de Lisboa; 2008.
45. Watt RG, Fuller SS. Oral health promotion — opportunity knocks. *Br Dent J.* 1999;186(1):3–6.
46. Hobdell M, Petersen PE, Clarkson J, Johnson N. Global goals for oral health 2020. *Int Dent J.* 2003;53:285–8.
47. Cortelli SC, Cortelli JR, Prado JS, Aquino DR, Jorge AOC. Fatores de risco a cárie e CPOD em crianças com idade escolar. *Brazilian Dent Journal.* 2004;7(2):75–82.
48. Veiga N, Aires D, Pereira M, Vaz A, Rama L, Silva M, et al. Dental Caries : A Review. *J Dent Oral Heal.* 2016;2(5):3.
49. Lima JE de O. Cárie dentária: um novo conceito. *Rev Dent Press Ortod e Ortop Facial.* 2007;12(6):119–30.
50. Selwitz R, Ismail A, Pitrs N. Dental Caries. *Lancet (London, England).* 2007;369(9555):51–9.
51. De Grauwe A, Aps JKM, Martens LC. Early Childhood Caries (ECC): What’s in a name? Vol. 5, *European Journal of Paediatric Dentistry.* 2004. 62–70 p.
52. Sousa M. Saúde oral, hábitos alimentares, hábitos de sono e actividade física em crianças e adolescentes portugueses. Universidade Fernando Pessoa do Porto; 2014.
53. Shanmugam K, Masthan K, Balachander N, Jimson S, Sarangarajan R. Dental

- caries vaccine- A possible option? *J Clin Diagnostic Res.* 2013;7(6):1250–3.
54. Smith DJ, Taubman MA. Experimental immunization of rats with a *Streptococcus mutans* 59-kilodalton glucan-binding protein protects against dental caries. *Infect Immun.* 1996;64(8):3069–73.
 55. Melo P, Teixeira L, Domingues J. A importância do despiste precoce de cárie dentária. *Rev Port Med Geral E Fam.* 2006;22(3):357–66.
 56. Gigante DP, Peres KG, Bastos J, Nedel F. Social determinants of odontalgia in epidemiological studies: theoretical review and proposed conceptual model. *Ciência e Saúde Colect.* 2007;12(6):1611–21.
 57. Direção Geral de Saúde. Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral.
 58. Ebersole J, Steffen M, Thomas M, Al-Sabbagh M. Smoking related cotinine levels and host responses in chronic periodontitis. *J Periodontal Res.* 2014;49(5):642–51.
 59. Brianezzi L, Al-Ahj L, Prestes L, Andreatta L, Vasconcelos L, Marsicano J, et al. Impacto da obesidade na saúde bucal: revisão de literatura. *Rev Fac Odontol - UPF.* 2013;18(2):211–6.
 60. Merchant A, Pitiphat W, Douglass CW, Crohin C, Joshipura K. Oral hygiene practices and periodontitis in health care professionals. *J Periodontol.* 2002;73(5):531–5.
 61. Darveau RP. Periodontitis: A polymicrobial disruption of host homeostasis. *Nat Rev Microbiol.* 2010;8(7):481–90.
 62. Sá L. Prevalência de cárie dentária em crianças d’no concelho de Santa Maria da Feira. Universidade do Porto; 2008.
 63. Soldani FA, Young L, Jones K, Walsh T, Clarkson JE. One-to-one oral hygiene advice provided in a dental setting for oral health. *Cochrane database Syst Rev.* 2018;(10).
 64. Saliassi I, Llodra JC, Bravo M, Tramini P, Dussart C, Viennot S, et al. Effect of a toothpaste/mouthwash containing carica papaya leaf extract on interdental gingival bleeding: A randomized controlled trial. *Int J Environ Res Public Health.* 2018;15(12):2660.
 65. Peker I, Akarslan Z, Basman A, Haciosmanoglu N. Knowledge and behavior of dentists in a dental school regarding toothbrush disinfection. *Braz Oral Res.* 2015;29(1):1–8.
 66. Areias C, Macho V, Frias-Bulhosa J, Andrade C, Guimarães H. Saúde Oral em

- Pediatrics. *Acta Pediatr Port*. 2009;40(3):126–32.
67. Jamieson LM, Paradies YC, Gunthorpe W, Cairney SJ, Sayers SM. Oral health and social and emotional well-being in a birth cohort of Aboriginal Australian young adults. *BMC Public Health*. 2011;11:656.
 68. Timis, Teodora I D. Socioeconomic status and oral health. *J Prev Med*. 2005;13(1–2):116–21.
 69. Mashoto KO, Astrom AN, Skeie MS, Masalu JR. Socio-demographic disparity in oral health among the poor: a cross sectional study of early adolescents in Kilwa district, Tanzania. *BMC Oral Health*. 2010;10:7.
 70. Gabardo MCL, Moysés SJ, Moysés ST, Olandoski M, Olinto MTA, Pattussi MP. Multilevel analysis of self-perception in oral health and associated factors in Southern Brazilian adults : a cross-sectional study. *Cad Saude Publica*. 2015;31(1):49–59.
 71. Novais SMA, Batalha RP, Grinfeld S, Fortes TM, Pereira MAS. The relationship between dental caries and sweetness preference: prevalence in children. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, João Pessoa. 2004;4(3):199–203.
 72. Freire M, Cannon G, Sheiham A. [An analysis of the recommendations on sugar consumption p between 1961 and 1991]. *Rev Saude Publica*. 1994;28(3):228–37.
 73. Azarpazhooh A, Main P. Pit and Fissure Sealants in the Prevention of Dental Caries in Children and Adolescents: A Systematic Review. *J Can Dent Assoc*. 2008;74(2):171–7.
 74. Dagli RJ, Tadakamadla S, Dhanni C, Duraiswamy P, Kulkarni S. Self reported dental health attitude and behavior of dental students in India. *J Oral Sci*. 2008;50(3):267–72.
 75. Feigal R. Sealants and preventive restorations: Review of effectiveness and clinical changes for improvement. *Pediatr Dent*. 1998;20(2):85–92.
 76. Bastos J, Nomura L, Peres M. Dental pain, socioeconomic status, and dental caries in young male adults from southern Brazil. *Cad Saude Publica*. 2005;21(5):1416–23.
 77. Marja-Leena M, Päivi R, Sirkka J, Ansa O, Matti S. Childhood caries is still in force: A 15-year follow-up. *Acta Odontol Scand*. 2008;66:189–92.
 78. Bissoto ML. Deficiência intelectual e processos de tomada de decisão: estamos enfrentando o desafio de educar para a autonomia? *Educ Unisinos*. 2014;18(1):3–12.

79. Pratap R, Puranik MP. Oral Health Status In Intellectually Disabled - A Review. *Int J Heal Sci Res.* 2016;6(9):426–34.
80. Maulik PK, Mascarenhas MN, Mathers CD, Dua T, Saxena S. Prevalence of intellectual disability: A meta-analysis of population-based studies. *Res Dev Disabil.* 2011;32(2):419–36.
81. Pini D de M, Fröhlich PCGR, Rigo L. Oral health evaluation in special needs individuals. *Einstein.* 2016;14(4):501–7.
82. Bernal C. Maintenance of oral health in people with learning disabilities. *Nurs Times.* 2005;101(6):40–2.
83. Diab H, Salameh Z, Hamadeh G, Younes G, Ayoub F. Oral Health Status of Institutionalized Individuals with Intellectual Disabilities in Lebanon. *J Oral Maxillofac Res.* 2017;8(1):1–10.
84. Morgan JP, Minihan PM, Stark PC, Finkelman MO, Yantsides KE, Park A, et al. The oral health status of 4,732 adults with intellectual and developmental disabilities. *J Am Dent Assoc.* 2012;143(8):838–46.
85. Binkley C, Knowlton J, Abadi M, Thompson K, Shamblen S, Young L, et al. Improving the Oral Health of Residents with Intellectual and Developmental Disabilities: An Oral Health Strategy and Pilot Study. *Eval Progr Plann.* 2014;47:54–63.
86. Zhou N, Wong HM, Wen YF, Mcgrath C. Oral health status of children and adolescents with intellectual disabilities: a systematic review and meta-analysis. *Dev Med Child Neurol.* 2017;59(10):1019–26.
87. Oda Y, Hayashi F, Wakita A, Nagatani Y, Okada M. Five-year longitudinal study of dental caries risk associated with *Streptococcus mutans* and *Streptococcus sobrinus* in individuals with intellectual disabilities. *J Oral Sci.* 2017;59(1):39–46.
88. Pradhan A, Slade GD, Spencer AJ. Access to dental care among adults with physical and intellectual disabilities: Residence factors. *Aust Dent J.* 2009;54(3):204–11.
89. Kancharla V, Naarden Braun K Van, Hough O, Yeargin-Allsopp M. Dental care among young adults with intellectual with intellectual disability. *Rest Dev Disabil.* 2013;34(5):1630–41.
90. Ozgul O, Dursun E, Ozgul B, Kartal Y, Coskunes F, Kocyigit I, et al. The impact of handicap severity on oral and periodontal status of patients with mental

- retardation. *J Contemp Dent Pract*. 2014;15(2):218–22.
91. Fenton S, Hood H, Holder M, May PB, J, Mouradian W. The American Academy of Developmental Medicine and Dentistry: Eliminating Health Disparities for Individuals with Mental Retardation and Other Developmental Disabilities. *J Dent Educ*. 2003;67(12):1337–44.
 92. Jain M, Mathur A, Sawla L, Choudhary G, Kabra K, Duraiswamy P, et al. Oral health status of mentally disabled subjects in India. *J Oral Sci*. 2009;51(3):333–40.
 93. Fallea A, Zuccarello R, Calì F. Dental anxiety in patients with borderline intellectual functioning and patients with intellectual disabilities. *BMC Oral Health*. 2016;16(1):114.
 94. Oda Y, Hayashi F, Okada M. Longitudinal study of dental caries incidence associated with *Streptococcus mutans* and *Streptococcus sobrinus* in patients with intellectual disabilities. *BMC Oral Health*. 2015;15(1):1–5.
 95. Couto P, Almeida Pereira P, Nunes M, Mendes RA. Validation of a Portuguese version of the Oral Health Impact Profile adapted to people with mild intellectual disabilities (OHIP-14-MID-PT). *PLoS One*. 2018;13(6):1–12.
 96. Afonso, Andreia; Silva, ISabel; Meneses RFBJ. Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral: Validação Portuguesa de OHIP-14. *Psicol Saúde Doenças*. 2017;18(2):374–88.
 97. Hennequin M, Moysan V, Jourdan D, Dorin M, Nicolas E. Inequalities in oral health for children with disabilities: A French national survey in special schools. *PLoS One*. 2008;3(6).
 98. Montero-Martin J, Bravo-Pérez M, Albaladejo-Martínez A, Hernández-Martin LA, Rosel-Gallardo EM. Validation the Oral Health Impact Profile (OHIP-14sp) for adults in Spain. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2009;14(1):44–50.
 99. Khalifa N, F. Allen P, H. Abu-bakr N, E. Abdel-Rahman M. Psychometric properties and performance of the Oral Health Impact Profile (OHIP-14s-ar) among Sudanese adults. *J Oral Sci*. 2013;55(2):123–32.
 100. Skośkiewicz-Malinowska K, Kaczmarek U, Ziętek M, Malicka B. Validation of the Polish version of the oral health impact profile-14. *Adv Clin Exp Med*. 2015;24(1):129–37.
 101. Rimal J, Shrestha A. Validation of Nepalese Oral Health Impact Profile14 and Assessment of Its Impact in Patients with Oral Submucous Fibrosis in Nepal. *J*

- Nepal Health Res Counc. 2015;13(29):43–9.
102. Melo P, Marques S, Silva OM. Portuguese self-reported oral-hygiene habits and oral status. *Int Dent J*. 2017;67(3):139–47.
 103. Veiga N, Amaral O, Pereira C, Chaves C, Nelas P, Ferreira M, et al. Prevalence of oral hygiene habits and dental appointments among a portuguese sample of adolescents. *Eur J Public Health*. 2017;24(2):2014.
 104. Dougall A, Fiske J. Access to special care dentistry, part 1. *Access. Br Dent J*. 2008;204(11):605–16.
 105. Aggarwal VP, Mathur A, Dileep CL, Batra M, Makkar DK. Impact of sociodemographic attributes and dental caries on quality of life of intellectual disabled children using ECOHIS. *Int J Health Sci (Qassim)*. 2016;10(4):480–90.

Anexos

Anexo 1. Consentimento informado



CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO

(de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo)

Título do estudo: Estudo comparativo da saúde oral e qualidade de vida em populações adultas com e sem deficiência intelectual.

Enquadramento: O estudo apresenta-se de carácter científico e será realizado no âmbito da Área Disciplinar de Saúde Oral Comunitária da Universidade Católica Portuguesa sob orientação do Prof. Doutor Nélcio Veiga e Prof. Doutora Patrícia Couto, para obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária. Este estudo pretende comparar a saúde oral de indivíduos com deficiência intelectual leve e indivíduos sem deficiência intelectual, bem como analisar a relação da saúde oral e a qualidade de vida dos indivíduos.

Explicação do estudo: Para a realização do presente estudo serão recolhidos dados relativos à saúde oral e à qualidade de vida relacionada com a saúde oral, usando 3 instrumentos de recolha de dados: um questionário sociodemográfico e de saúde oral, o inquérito OHIP-14 e o exame clínico oral. O questionário sociodemográfico e de saúde oral apresenta 16 questões, recolhendo informações pertinentes para a caracterização da amostra. O inquérito OHIP-14 permite analisar a qualidade de vida relacionada com a saúde oral sendo constituído por 14 questões, de auto-preenchimento, apresentando-se como um indicador subjetivo que pretende fornecer uma medida de incapacidade, desconforto e desvantagem atribuída à condição oral, apresentando 2 questões para cada uma das suas 7 dimensões: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e desvantagem. O exame clínico, por sua vez, será orientado por 3 índices: Clinical Oral Health Index (COHI), Clinical Oral Care Needs Index (COCNI) e Clinical Oral Prevention Index (COPI) avaliará a saúde oral. O COHI avalia o estado de saúde oral, o COCNI avalia a

necessidade de tratamento e o COPI avalia a necessidade de intervenção preventiva. Após a recolha dos dados será feito um estudo comparativo da saúde oral e qualidade de vida com uma população com deficiência.

Condições e financiamento: Este estudo não envolve procedimentos que não se enquadrem na prática clínica normal nem pretende testar novos produtos ou medicamentos.

A participação neste estudo é totalmente voluntária, não acarretando quaisquer custos, podendo retirar o seu consentimento em qualquer etapa do estudo, sem necessidade de facultar explicações aos seus responsáveis, e com a total ausência de prejuízos, assistenciais ou outros, caso não queira participar. Ao decidir participar pode colocar todas as questões que considerar necessárias para o seu esclarecimento.

Confidencialidade e anonimato: Os dados recolhidos são de uso exclusivo dos responsáveis envolvidos no estudo e serão tratados de modo a garantir a sua confidencialidade. A análise dos dados será efetuada em ambiente que garanta a privacidade dos mesmos.

[Identificação da investigadora: Inês Raquel Almeida Martins, estudante de Mestrado Integrado de Medicina Dentária na Universidade Católica Portuguesa de Viseu. E-mail:mimd1415@gmail.com]

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Assinaturas de quem pede consentimento:

Inês Raquel Almeida Martins

Professor Doutor Nélcio Veiga

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pelas pessoas que acima assinam.

Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: ____ / ____ / ____

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 3 PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA A INVESTIGADORA, OUTRA PARA A PESSOA QUE
CONSENTE

Anexo 2. Questionário Sociodemográfico e de Saúde Oral

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E DE SAÚDE ORAL

Data __/__/__

Número de Paciente:

--	--	--	--

I - Dados Pessoais:

1. **Género:** () Feminino () Masculino

2. **Idade:** _____

3. **Profissão:** _____

II – Saúde Oral/ Hábitos Higiene Oral:

4. **Quantos dentes naturais tem?**

() Nenhum

() 1-9 dentes

() 10-19 dentes

() 20 dentes ou mais

5. **Sente que necessita de algum tipo de tratamento dentário?**

() Sim

() Não

() Não sei

6. Usa prótese dentária?

- ☐ Sim
- ☐ Não

7. Como descreveria o estado dos seus dentes e gengivas?

- ☐ Excelente
- ☐ Muito bom
- ☐ Bom
- ☐ Médio
- ☐ Fraco
- ☐ Muito fraco
- ☐ Não sei

8. Com que frequência realiza a sua higiene oral?

- ☐ Diariamente
- ☐ Ocasionalmente
- ☐ Nunca

Se realiza a escovagem diariamente, quantas vezes o faz por dia? _____

Se realiza a escovagem apenas ocasionalmente, com que regularidade o faz? _____

9. Selecione as opções que utiliza para limpar os seus dentes.

- ☐ Escova elétrica
- ☐ Escova manual
- ☐ Palitos
- ☐ Pasta dentífrica
- ☐ Fio dentário
- ☐ Escovilhão
- ☐ Elixir bucal
- ☐ Raspador lingual

Outras: _____

10. Há quanto tempo visitou pela última vez o médico dentista?

- ☐ Menos de 6 meses
☐ 6 a 12 meses
☐ Entre 1 a 2 anos
☐ Entre 2 a 5 anos
☐ Há mais de 5 anos
☐ Nunca

11. Qual o motivo da sua última visita ao médico dentista?

- ☐ Consulta de rotina/aconselhamento médico
☐ Dor ou problemas com os dentes ou gengivas
☐ Início de tratamento ou continuidade do tratamento planeado
☐ Não sei/Não me recordo

12. Com que frequência come ou bebe os seguintes alimentos, mesmo que em pequenas quantidades?

	Várias vezes ao dia	Todos os dias	Várias vezes por semana	Uma vez por semana	Várias vezes por mês	Raramente/ Nunca
Frutas frescas						
Biscoitos e bolos						
Geleias ou mel						
Pastilhas com açúcar						
Doces/Guloseimas						
Refrigerantes						
Chá com açúcar						
Café com açúcar						

13. Fuma ou já fumou?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Ex-fumador

13.1. Se é ex-fumador, há quantos anos deixou de fumar? _____ anos.

13.2. Se é fumador:

- a) Com que idade começou a fumar? _____ anos.**
- b) Quantos cigarros fuma por dia? _____ cigarros/dia.**

14. No último mês, nos dias em que consumiu bebidas alcoólicas, quantas bebidas consumiu aproximadamente por dia?

- ☐ Menos de 1
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5 ou mais
- ☐ Não consumi álcool

Anexo 3. Inquérito OHIP-14 (Oral Health Impact Profile)

	0 Nunca	1 Raramente	2 Às vezes	3 Repetidamente	4 Sempre
1.Teve problemas em pronunciar alguma palavra?					
2. Sentiu que o sabor dos alimentos tem piorado?					
3. Sentiu dores na sua boca ou nos seus dentes?					
4. Sentiu-se desconfortável ao comer algum alimento?					
5.Sentiu-se preocupado(a)?					
6.Sentiu-se nervoso(a)?					
7.A sua alimentação ficou prejudicada?					
8.Teve que interromper as suas refeições?					
9.Encontrou dificuldade para relaxar?					
10.Sentiu-se envergonhado(a)?					
11.Ficou irritado(a) com as outras pessoas?					
12.Teve dificuldade a realizar as suas tarefas diárias?					
13Sentiu que a sua vida, em geral, ficou pior?					
14.Ficou totalmente incapacitado para realizar as suas atividades?					

Anexo 4. Exame clínico – COHI, COCNI e COPI

Hennequin M, Moysan V, Jourdan D, Dorin M, Nicolas E. Inequalities in oral health for children with disabilities: A French national survey in special schools. PLoS One. 2008;3(6)

- **COHI**

COHI Values	CRITERIA
0	Having no criteria that had a medical impact:
No oral health problems	No mucosal lesion on lips, tongue or jaw
	and Absence of dental plaque (Greene and Vermillion index = 0 for both arches) [35]
	and Absence of calculus (Greene and Vermillion index = 0 for both arches) [35]
	and No gingivitis (Loe and Silness index = 0 for both arches) [36]
	and No fractured anterior tooth
	and No missing anterior tooth
	and No missing posterior tooth
	and No dental caries
	and No infectious disease
	and No severe orofacial dysmorphology
	AND having no criteria that had a social impact:
	No halitosis
	and No drooling
	and No anterior tooth with a fractured, unrestored crown
1	OR Having no criteria that had a medical impact:
Existence of one or more problems with a low to a moderate impact on health	No mucosal lesion on lips, tongue or jaw
	or Absence of dental plaque (Greene and Vermillion index = 0 for both arches) [35]
	or Absence of calculus (Greene and Vermillion index = 0 for both arches) [35]
	or No gingivitis (Loe and Silness index = 0 for both arches) [36]
	or No fractured anterior tooth
	or No missing anterior tooth
	or No missing posterior tooth
	or No dental caries
	or No infectious disease
	or No orofacial dysmorphology
	AND having at least one criteria that had a social impact:
	Presence of halitosis
	or Presence of drooling
	or At least one anterior tooth with a fractured unrestored crown
	Having at least one criterion that had a medical impact
	At least one mucosal lesion on lips, tongue or jaw
	or Dental plaque (Greene and Vermillion index >0, on a group of teeth or all the teeth of at least one arch) [35]
	or Calculus (Greene and Vermillion index >0, on a group of teeth or all the teeth of at least one arch) [35]
	or Localized gingivitis (Loe and Silness index >0 on a group of teeth or at least one arch) [36]
	or At least one anterior tooth with a fractured, unrestored crown
	or One limited anterior edentulous segment (1 or 2 anterior teeth)
	or At least one minor posterior edentulous segment (missing all molars and premolars on 1 or 2 half-arches with at least one residual inter-arch dental contact)
	or At least one incipient carious lesion, but no developed carious lesion (stage 1 or 2 according to the Eckstrand classification for carious lesions) [37]
	or Presence of a simple orofacial dysmorphology
	... regardless of the criteria that had a social impact
2	Having at least one criteria that had an important medical impact
Existence of one or more problems with important to severe impact on health	Generalized gingivitis (Loe and Silness index >0 for both arches) [35]
	or Missing at least 3 anterior teeth
	or At least one major posterior edentulous segment (missing all molar and premolars on at least 2 half-arches, without any residual inter-arch dental contact)
	or At least one developed carious lesion (stage 3 or 4 according to the Eckstrand classification for carious lesions) either on a deciduous or a permanent tooth [37]
	or At least one infected lesion (presence of an abscess, or a tooth with pulpal exposure, or a fistula)
	or Presence of complex orofacial dysmorphology
	... regardless of the criteria that had a social impact
Undetermined	At least one undetermined criteria that had a medical impact and regardless of the criteria that had a social impact.
Others conditions by elimination	or Having no criteria that had a medical impact but having at least one undetermined criteria that had a social impact.

• COCNI

COCNI Values	Suspected health conditions	CRITERIA
3 Urgent need for care or examination	Marker of local infectious disease	During the last three months the child expressed discomfort or pain in his/her mouth and consecutively he/she had no dental visit. or At least one mucosal lesion on lips, tongue or jaw or At least one infected lesion (presence of an abscess, or a tooth with pulp exposure cavity, or a fistula) AND absence of any systemic disease* requiring specific oral health monitoring.
	Marker of focal infectious disease	During the last three months the child expressed discomfort or pain in his/her mouth and consecutively he/she had no dental visit. or Presence of at least one mucosal lesion on lips, tongue or jaw or At least one infected lesion (presence of an abscess, or a tooth with a pulp exposure, or a fistula) or Presence of generalized gingivitis (Loe and Silness index >0 for both arches) AND Existence of a systemic disease requiring specific oral health monitoring*
	Marker of traumatic lesions	During the last three months the child expressed discomfort or pain in his/her mouth and consecutively he/she had no dental visit. or Presence of at least one mucosal lesion on lips, tongue or jaw
	Marker of oral disease with functional or social consequences	During the last three months the child expressed discomfort or pain with his/her mouth and consecutively he/she had no dental visit.
2 Need for care or examination	Marker of local infectious disease	Presence of calculus or Presence of gingivitis or Presence of at least one anterior tooth with a fractured, unrestored crown or Presence of at least one developed carious lesion. AND Absence of a systemic disease* requiring specific oral health monitoring
	Marker of focal infectious disease	Presence of calculus. or Presence of a localized gingivitis or Presence of at least one anterior tooth with a fractured, unrestored crown or Presence of at least one developed carious lesion. AND Existence of a systemic disease* requiring specific oral health monitoring
	Marker of traumatic lesions	Presence of at least one anterior tooth with a fractured, unrestored crown
1 Need for examination	Marker of local infectious disease	No dental visit over the last 12 months or Presence of dental plaque or Presence of at least one incipient carious lesion. AND Absence of a systemic disease* requiring specific oral health monitoring
	Marker of focal infectious disease	No dental visit over the last 12 months or Presence of dental plaque or Presence of at least one incipient carious lesion. AND Existence of a systemic disease* requiring specific oral health monitoring
	Marker of traumatic lesions	No dental visit over the last 12 months
	Marker of oral disease with functional or social consequences	No dental visit over the last 12 months or Presence of an anterior edentulous segment from 1 to 6 teeth on at least one arch. or Presence of a posterior edentulous segment for children up to 13 years old) or Presence of untreated severe orofacial dysmorphism
0 No need for care nor examination		Other conditions by elimination

*Etiology: congenital cardiac disease, broncho-pneumopathy (including asthma), internal prosthesis, immunodeficiency and hematological disease, or diabetes.

• COPI

COPI Values	CRITERIA
1	Existence of systemic disease requiring specific oral health monitoring*
Existence of at least one preventive or dental health education action need	or Presence of dental plaque
	or Lack of autonomy for feeding
	or Being fed by tube or parenteral nutrition
	or Restriction to puréed foods
	or Eating hyper-caloric food complements or drinking sweetened drinks
	or Coughing regularly during meals
	or Presence of halitosis
	or Having difficulties communicating pain
	or Drooling
	or Being uncooperative during oral examination [38]
0	
No need for either preventive health action or dental education	Other conditions, by elimination

*as defined in the descriptive results section.